Anul III. No. 1—3. 10 Lei Exempl[illegible] Ian.—Mart. 1936.

Sibiul medical

Revistă lunară de medicină și organizare sanitară

Comitetul de direcție: Dr. Capitanovici M., Doc. Dr. Filipescu O., Dr. Preda Gh., Dr. Stoichiția I.
Secretari de redacție: Dr. Ivan C., Dr. Popescu.

Comitetul de redacție: Dr. Alexandrow, Aiud; Dr. Albini, Sebeș; Dr. Bidu, Sf. Gheorghe; Dr. Cosma, Sibiu; Dr. Comes, Ciuc; Dr. Crețu, Sf. Gheorghe; Dr. Căliman și Doc. Dr. Câmpeanu, Brașov; Dr. Cornea, Făgăraș; Dr. Cahane și Dr. Dumitrescu, Diciosânmărtin; Dr. Ganea, Sighișoara; Dr. Ghițescu, Sibiu; Dr. Giurca, Făgăraș; Dr. Gheorghiu, Dr. Hozan, Dr. Ilcușu, Dr. Ionașiu, Dr. Manta, Dr. Mavru și Dr. Mitter, Sibiu; Dr. Medrea, Alba-Iulia; Dr. Măcelariu, Blaj; Dr. Mureșan, Mediaș; Dr. Nistor, Brașov; Dr. Onaca, Sighișoara; Dr. Pop, Odorheiu; Dr. Păcurariu, Dr. Pascu, Dr. Roșca, Dr. Slavu și Dr. Sturza, Sibiu; Dr. Ștefan, Brașov; Dr. Solomon, Sighișoara; Dr. Sireteanu, Mediaș; Dr. Ungureanu, Odorheiu; Dr. Vilt, Sibiu.

Prețul abonamentului:
Anual . . . . Lei 120
Pentru institute . „ 500

Redacția-Administrația:
Spitalul Public, Sibiu.

Coresp. - inserate reclame:
la Drogueria I. BACIU,
Sibiu, Str. Regina Maria 10

BIBLIOTECA CENTRALĂ „ASOCIAȚIUNII" SIBIIU

SUMAR:

Articole științifice:

Dr. Gh. Preda: Considerațiuni medico-sociale ce privesc respectarea drepturilor individului bolnav psihicește și siguranța socială . . . . Pag. 3

Dr. M. Capitanovici: Considerațiuni asupra a două cazuri de sifilis plurivisceral . . „ 15

Dr. Mareș Cahane: Asupra unui caz de alcoolism cronic cu meningită subacută . . „ 18

Dr. Salca Eugen: Hemoragiile inter-utero-placentare . . „ 21

Dr. Iosif Ghizdavu: Rolul alcoolismului acut în angiocholite . . . . . „ 26

Probleme de organizare sanitară și profesională:

Dr. I. Stoichiția: Desvoltarea instituției surorilor de ocrotire Pag. 29

Dr. Pompiliu Nistor: Vaccinările cu anatoxină difterică și scarlatinoasă în comunele rurale ale județului Brașov în 1935 . . . . . Pag. 33

Dr. Tilicea Ion: O anchetă pt. depistarea cazurilor de sifilis în comunele: Râmeți, Ponor și Geogel, din circumscripția Ponor, județul Alba . . . „ 45

Dr. I. Stoichiția și Dr. I. Cosma: Rezultatele detailate ale anchetelor medico-sociale din județul Sibiu . . . . . „ 50

Revista revistelor . . . . „ 53

Note de terapeutică . . . „ 55

Din activitatea Colegiului și Asociației generale a medicilor Sibiu . . . . „ 58

Note și informațiuni . . . „ 61

LABORATORUL
de
BACTERIOLOGIE ȘI CHIMIE BIOLOGICĂ

Dr. TELEMAN & Dr. ROȘCA
SIBIU, STR. TRIBUNEI Nr. 10—12

21591.

BIOTONICUM

Roborans - Tonicum - Stomachicum

1 fl. — 250 gr. cu şi fără arsen Lei 100·—

este o soluţie coloidală de Fe şi Mn cu gust foarte agreabil, combinat cu P şi As în formă foarte eficace

Indicaţiuni: (mai ales)

în toate formele de anemii (Fe, Mn), neurastenie (P), în convalescenţă, după boalele infecţioase şi după operaţii, în tuberculoză generală şi pulmonară, în diatezele exsudative, la boalele tubului digestiv şi ale nutriţiei, în neuroză gastrică şi ulcer, în excemele cronice (As) etc.

Farmacia OSCAR ALESI Sebeş-Alba

LABORATOARELE MIDY, 4, RUE DU COLONEL MOLL PARIS (17e)

Nouvelle adresse: 67, AVENUE DE WAGRAM — PARIS (XVII-e)

PIPERAZINA

MIDY

„ANTI URIC TIP"

2 la 4 linguriţe de cafea pe zi

J. E. BUCUR 8, Strada Mecet, BUCUREŞTI IV

Anul III. Nr. 1—3. 10 Lei Exemplarul. Ianuarie—Martie 1936

SIBIUL MEDICAL

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ ȘI ORGANIZARE SANITARĂ

Sirop de Ephetonină contra tusei „Merck"

Grație compoziției sale adequate asigură un efect bun în:
Stări de răceală, tuse de orice natură, bronșite, tuse convulsivă, gripă.

Deasemenea pentru practica infantilă.

Flacoane originale cu aprox. 100 și 170 gr.

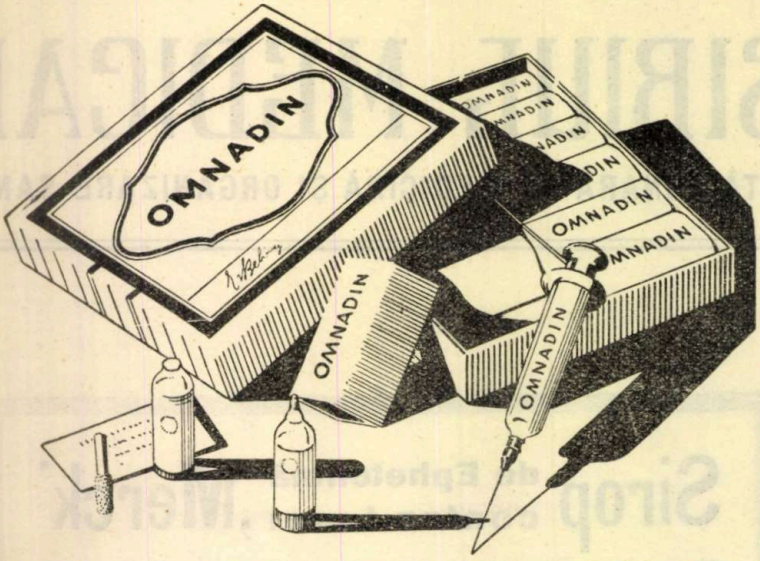
E. MERCK / DARMSTADT

Reprezentant în România:
BIROUL ȘTIINȚIFIC,
București II.
Str. Luigi Cazzavillan 34.

E. MERCK

SIBIU, 1936
Tiparul institutului de arte grafice „Dacia Traiană"

Biblioteca Judeteana ASTRA
21591P



OMNADIN

Tratamentul imunizant nespecific.

La începutul boalei o injecţiune de 2 cmc eventual repetat.

Influenţare favorabilă resp. cupare a boalei prin stimulare rapidă şi de durată a forţelor de rezistenţă ale organismului.

Toleranţă perfectă chiar la sugaci.

Ambalaje originale:

Cutii cu 1, 3 şi 12 fiole de 2 cmc.

– Behringwerke

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţii generali pentru România:
„Pharma“ Studerus & Co., Bucureşti I, str. Brezoianu Nr. 53.
Telefon 3-9285 şi 3-9286.

Consideraţiuni medico-sociale ce privesc respectarea drepturilor individului bolnav psihiceşte şi siguranţa socială.

Dr. G. Preda,
medic primar director superior, Sibiu.

(Urmare şi sfârşit).

6. Măsurile de siguranţă din noul cod penal şi înţelesul lor.

Măsurile de siguranţă prevăzute în noul cod penal ar fi acelea ce ar putea înlesni aplicarea concluziilor medicale cu privire la bolnavii infractori. Aceste măsuri constituesc mijlocul de protecţie al societăţii, având „ca unică funcţie îngrijirea, ameliorarea sau eliminarea infractorului". Principiile care domină organizarea şi executarea acestor măsuri, nu corespund însă tocmai scopului enunţat mai sus.

In adevăr, primul principiu al legalităţii măsurilor de siguranţă face ca legea să stabilească cazurile şi domeniul de aplicare al acestor sancţiuni, „judecătorul având numai facultatea să ordone aplicarea măsurei, când condiţiile de fapt o reclamă". Acest principiu s'ar putea accepta cu condiţia ca legea să stabilească precis toate aceste cazuri.

Al doilea principiu este acela ca măsura să nu poată fi aplicată înainte de comiterea infracţiunii, fie că este vorba chiar de un irresponzabil; iar în unele cazuri de boală să-şi facă întâi pedeapsa şi apoi tratamentul. Al treilea principiu este ca pedeapsa să fie aplicată de judecător fără vre-un aviz medical. Aceste două, din urmă, principii, cred că nu pot fi admise complect de lumea ştiinţifică medicală.

In adevăr, din cuprinsul articolului 73, care priveşte internarea în azil a infractorilor anormali fizici sau psihici, vedem că individul care comite o infracţie din o cauză de boală sau infirmitate, sau intoxicare cronică prin alcool sau stupefiante, periculos siguranţei persoanelor sau ordinei publice, îşi va executa pedeapsa şi după aceea va urma îngrijirea medicală. Ori dacă el este considerat ca bolnav

sau infirm de însuşi instanţa de judecată, cred că nu mai poate fi condamnat, aplicându-i-se îngrijirea medicală după executarea pedepsei.

Nu se întreabă oare legiuitorul dacă boala (de ex.) psihică a infractorului, nu se agravează prin executarea pedepsei, conducându-l poate, la incurabilitate? Nu ar fi iluzorică atunci, atât regimul blând care se recomandă în conţinutul articolului, cât şi îngrijirea medicală? De ce se mai trece această internare printre măsurile curative, dacă aceste măsuri nu se aplică la timp?

Nu ar fi oare mai bine ca infractorul bolnav să-şi facă dela început pedeapsa în azil şi să i se prelungească chiar durata pentru cazul nevindecării?

Acelaşi observaţie s'ar putea face şi la art. 74, care priveşte deţinerea infractorilor din obiceiu în un institut special. Printre aceşti infractori pot fi unii infirmi psihici, taraţi ereditar sub raport moral, chiar anestezici morali, etc.

Obiceiul —ca şi recidiva — poate semnaliza caracterul acestei infirmităţi. Chiar cuprinsul articolului de mai sus arată că aceşti infractori trebue să prezinte simptomele unei persistente inclinaţiuni criminale.

Ori înclinaţiunile criminale nu sunt decât nişte tendinţe rele instinctive, care nu se prezintă ca anormale decât în raport cu un anumit mediu. Eflorescenţele bune a acestor tendinţe, acele funcţiuni psihice superioare care pot conduce spre bine fiinţa omenească, nu se vor manifesta, cred, fără anumite mijloace psihoterapeutice.

Este drept, că în materie de degenerescenţă criminală ca şi în materie de unele tulburări psihice, nu putem spune că există totdeauna şi în mod absolut, obiectivitate. In noţiunea anormalului ca şi a patologicului intră şi o judecată socială. Dar trebue să se ştie că criteriul medical din această judecată socială, exprimă mişcarea colectivă ştiinţifică care furnizează metodele şi materia acestei judecăţi.

De aceia mă întreb dacă aceşti deţinuţi nu ar trebui să fie nu numai izolaţi, puşi la lucrări fizice, dar şi îngrijiţi psihiceşte?

Dece să li-se creeze precum am spus mai sus ideia unei fatalităţi organice ce i-ar face neresponsabili pentru orice act comis? Nu ar trebui — cel puţin — să se ia în prealabil avizul medical asupra lor?

Inţeleg ca represiunea să fie înăsprită din cauza creşterei criminalităţei, dar nu pot înţelege ca ea să fie atât de aspră faţă de cei bolnavi sau infirmi, care au nevoie de îngrijiri medicale înde-

lungate, şi nu înţeleg iarăşi ca din respectul jurisdicţional al măsurei de siguranţă, numai singur judecătorul sau procurorul, să hotărască internarea sau scoaterea acestor indivizi consideraţi de lege ca bolnavi. Prin această din urmă propoziţie evidenţiez şi lacuna din al III-lea principiu care nu indică obligativitatea expertizei sau cel puţin cererea avizului medical.

Pentru a înţelege mai ales scopul specific al acestor măsuri de siguranţă le redau textual după expunerea de motive a proiectului.

Aceste măsuri — zice proiectul — pot fi: curative, eliminatorii, reformatorii, de pură prevenţiune şi educative.

Măsurile curative sunt luate în contra infractorilor alienaţi, defectuoşi sau toxicomani, care din cauza stării lor mintale, a unei boli ori infirmităţi, sau intoxicări cronice prin alcool sau stupefiante, sunt periculoşi siguranţei persoanelor şi ordinei publice. Societatea este obligată, dat fiind starea morbidă a acestor infractori, să-i împiedece, pe deoparte de a mai comite noi fapte dăunătoare, iar pe de altă parte să-i supună unui tratament medical adecvat spre a-i face inofensivi.

In acest scop proiectul instituie măsura de siguranţă a internării infractorilor alienaţi într'un ospiciu, cât şi aceea a internării anormalilor într'un azil.

Măsura de siguranţă eliminatorie este luată împotriva infractorilor din obiceiu. Apărarea socială reclamă imperios o asemenea măsură în contra tuturor acelor indivizi care „prin numărul şi genul infracţiunilor de drept comun săvârşite, prezintă simptomele unei persistente inclinaţiuni criminale".

Proiectul organizează o asemenea măsură, arătând cazurile şi condiţiunile în ce priveşte deţinerea infractorilor din obiceiu, într'un institut anume destinat pentru aceasta.

Măsurile reformatorii sunt destinate acelor declasaţi ai societăţii, inadaptabili din punct de vedere social, care având putinţa să lucreze în mod metodic şi continuu, au totuşi desgust pentru muncă. Toţi aceştia formează marea masă a vagabonzilor şi cerşetorilor din care se recrutează apoi cei mai temuţi criminali. Pentru a evita o asemenea nefastă recrutare, proiectul organizează internarea vagabonzilor şi cerşetorilor recidivişti, într'o casă de muncă, unde aceşti indivizi sunt constrânşi să înveţe o meserie, potrivit aptitudinii lor.

Măsurile de pură protecţiune, au în general ca scop suprimarea uşurinţelor infractorului de a săvârşi o nouă faptă penală şi prin

natura lor au un caracter fie restrictiv de libertate, fie patrimonial, dar nici odată privativ de libertate. In cadrul acestor măsuri proiectul organizează: interdicţia de a se afla în anumite localităţi; interdicţia de a pătrunde în anumite localuri; interdicţia de a exercita o profesiune sau meserie; confiscarea specială; cauţiunea de bună purtare; închiderea localului.

Măsurile educative sunt acele ce se iau împotriva minorilor. Toate legiuirile actuale, de acord cu doctrina modernă, folosesc măsuri educative faţă de asemenea infractori. Prevenţiunea educativă, este substituită represiunei ca o mai eficace metodă în contra criminalităţii infantile. Pedeapsa nu este o măsură ce convine minorului. Dat fiind vârsta lui, este preferabil de a-l supune unei educaţiuni morale decât să i se aplice o suferinţă spre a-l intimida. Iată de ce astăzi minorul este scos din dreptul represiv.

Prezentul proiect, de acord cu legiuirile moderne, organizează o luptă preventivă împotriva infractorilor minori, cu ajutorul măsurilor de siguranţă şi nu admite represiunea decât în cazuri cu totul excepţionale.

Măsurile educative instituite prin prezentul proiect constau fie în educaţia tutelară a minorilor care sunt încredinţaţi părinţilor, rudelor, unei familii oneste ori societăţii de patronaj, sau institutului de educaţie corectivă, fie în punerea lor sub libertate supraveghiată, ori aşezarea lor într'un institut de educaţie corectivă.

La art. 71 găsim expuse diferitele specii de măsuri de siguranţă.

Aceste măsuri sunt:

1. Internarea infractorilor alienaţi într'un ospiciu;
2. Internarea infractorilor anormali din punct de vedere fiziologic sau psihologic într'un azil;
3. Deţinerea infractorilor din obiceiu într'un institut special;
4. Internarea vagabonzilor şi cerşetorilor într'o casă de muncă;
5. Internarea infractorilor minori într'un institut de educaţie corectivă;
6. Liberarea supraveghiată pentru minori;
7. Măsuri tutelare pentru minori;
8. Interdicţia de a se afla în anumite localităţi;
9. Interdicţia de a pătrunde în anumite localuri;
10. Interdicţia de a exercita o profesie sau meserie;
11. Expulzarea străinilor;
12. Confiscarea specială;
13. Cauţiunea de bună purtare;
14. Inchiderea localului;
15. Disolvarea sau suspendarea unei persoane juridice.

Intru cât cele dintâi 5 măsuri de siguranţă interesează şi partea medicală voiu reda articolele corespunzătoare.

Internarea infractorilor alienaţi într'un ospiciu.

Art. 72. Când învinuitul sau condamnatul pentru o infracţiune calificată de lege, crimă sau delict, este, din cauza stărei sale mintale, periculos siguranţei persoanelor şi ordinei publice, instanţa competentă, după cererea Ministerului Public, va dispune internarea lui într'un institut anume destinat pentru aceasta, sau într'o secţiune specială a unui ospiciu de alienaţi.

Internarea poate fi pronunţată, la cererea Ministerului Public, şi când s'a dat o ordonanţă sau deciziune de neurmărire.

Incetarea internării poate fi admisă numai când liberarea celui internat nu ar mai prezenta vre-un pericol.

Condiţiunile în care ea poate fi cerută şi persoanele care o pot cere, sunt acelea arătate în codul de procedură penală.

In caz de respingere, cererea nu poate fi repetată decât după 6 luni dela data respingerii. Ministerul Public o poate cere ori şi când.

Internare în azil a infractorilor anormali, fizici sau psihici.

Art. 73. Instanţa poate dispune, prin hotărârea de condamnare ca, după executarea pedepsei, condamnatul să fie internat într'un azil, dacă din cauza boalei sau infirmităţii sale sau intoxicării prin alcool sau stupefiante, este periculos siguranţei persoanelor sau ordinei publice.

Acei internaţi într'un asemenea azil sunt supuşi unui tratament medical, fiind supraveghiaţi în de aproape şi vor fi deprinşi cu o muncă potrivită stării lor fizice sau psihice.

Regimul în interiorul azilului este blând.

Incetarea internării se pronunţă în condiţiile art. 72 din prezentul cod, după formele arătate în codul de procedură penală.

Deţinerea infractorilor din obiceiu, într'un institut special.

Art. 74. Instanţa poate ordona, prin hotărârea de condamnare, ca, după executarea pedepsei, infractorul din obiceiu să fie deţinut într'un institut special, destinat unor asemenea infractori.

Durata deţinerii este dela 5 la 10 ani.

Sunt consideraţi infractori din obiceiu, acei cari, prin numărul şi genul infracţiunilor de drept comun săvârşite, prezintă simptomele unei persistente înclinaţiuni criminale.

Institutele speciale pentru infractori din obiceiu trebuesc să fie înfiinţate cât mai departe de centrele mari sau să se formeze o secţie specială în coloniile penitenciare.

Deţinuţii sunt supuşi în interiorul institutului sau în afară, la lucrările potrivite puterii lor fizice şi sunt ţinuţi sub pază.

Dispoziţiunile art. 34 din prezentul cod se aplică şi în ce priveşte produsul muncii acestor deţinuţi.

Internarea vagabonzilor şi cerşetorilor într'o casă de muncă.

Art. 75. In caz de condamnări succesive pentru vagabondaj sau cerşetorie, instanţa va putea ordona ca cel condamnat a doua oră să fie internat timp de cel puţin 2 ani şi de cel mult 10, într'o casă de muncă anume destinată pentru aceasta.

Cei aşezaţi în casa de muncă sunt obligaţi să înveţe o meserie, potrivit aptitudinii lor.

Dispoziţiunile art. 34 se aplică şi în ce priveşte produsul muncii vagabonzilor şi cerşetorilor.

Minoritatea :

Art. 144. Dacă instanţa constată că adolescentul, în momentul săvârşirii infracţiunii, a lucrat cu discernământ, poate aplica împotriva lui următoarele măsuri de siguranţă sau pedepse:

Măsuri de siguranţă :

1. Libertate supraveghiată.
2. Educaţie corectivă.

Pedepse :

1. Mustrare.
2. Inchisoare corecţională sau detenţiune simplă.

Nici o pedeapsă privativă de drepturi nu poate fi pronunţată în contra adolescentului.

Pedeapsă pecuniară se poate aplica numai în cazul când adolescentul este mai mare de 15 ani şi are avere sau profesiune.

Art. 145—153 privesc: modul cum se face admonestarea şi când se aplică; când şi cum se acordă libertatea supraveghiată precum şi măsurile ce trebuesc luate atunci când adolescentul s'a purtat bine sau s'a sustras supravegherei; când se pronunţă educaţia corectivă, cum se execută ea în institutul de educaţie corectivă precum şi măsurile luate faţă de adolescentul care a avut o purtare reproşabilă sau ireproşabilă; care este timpul de pedeapsă a închisorii corecţionale sau a detenţiunii simple, executat în institutul de corecţie anume destinat, precum şi cazurile în care instanţa poate reduce pedeapsa sau ordonă transferul în institutul de educaţie corectivă; în sfârşit măsurile luate de directorii institutelor cu concursul societăţilor de protecţie a minorilor, pentru o cât mai bună plasare a liberatului condiţional sau definitiv.

O comisie de membri din sânul societăţei a fost însărcinată să studieze problema şi să formuleze propuneri cari să fie acceptate şi de raportorii proiectului.

Comisia a propus modificări şi adiţiuni complimentare la articolele susmenţionate, reuşind ca împreună cu magistraţii, să se accepte principiile de:

1. Creaţia formaţiunilor psihiatrice anexe la închisori.

2. Creaţia comisiunilor medico-judiciare, care vor interveni în aplicarea măsurilor de siguranţă.

3. Pentru redactarea articolelor 72 şi 73 comisia a propus separarea celor două tipuri de delicvenţi, care au nevoie de un diagnostic şi tratament psihiatric, adică: de o parte delicvenţii recunoscuţi alienaţi cari vor fi plasaţi în azile speciale de siguranţă sau secţii speciale de siguranţă a azilelor publice de alienaţi; de altă parte desechilibraţi, alcoolici, toxicomani, perverşi, etc. (toţi acei ce sunt reuniţi sub rubrici generale de infirmi mintali semiresponsabili), care nu sunt recunoscuţi ca alienaţi şi care vor fi supuşi autorităţei penitenciare sub regimul închisoarei, dar în secţia specială de anexă psihiatrică în închisori.

4. Incât priveşte comisiile judiciare, s'a evitat a li se da un rol hotărâtor în desemnarea delicvenţilor şi criminalilor, care ar putea eşi din vreunul din aşezămintele medicale de siguranţă. Li s'a acordat un rol consultativ de a propune autorităţei judiciare una sau alta din modalităţile de aplicare a măsurilor de siguranţă.

Printr'o coincidenţă articolul 72 şi 73 din proiectul codului penal francez are aceiaşi importanţă pentru medici ca şi art. 72 şi 73 din proiectul codului penal român. Redactarea negreşit diferă şi pentru ca observaţiile ce le-am făcut la articolele din noul cod penal român să aibe şi mai mult efect asupra codificatorilor, transcriu în întregime (cu adăogirile necesare) articolele codului penal francez.

Art. 72 din proiectul noului cod penal francez prevede: orice autor al unei crime sau delict recunoscut ca alienat va fi dacă este locul, prin hotărârea autorităţii judiciare, aşezat în un azil special de siguranţă sau în o secţie specială de siguranţă a unui azil public de alienaţi.

Condiţiile în care se va pronunţa internarea şi acele cari vor fixa modalitatea de eşire, vor fi hotărâte prin codul instrucţiei criminale.

Articolul 73 din proiectul codului penal francez prevede: Orice persoană alcoolică, toxicomană sau atinsă de o infirmitate mintală

care a comis vre-o crimă sau delict, va fi deţinută în un stabiliment medico-penitenciar pentru o durată care va fi fixată de judecător în limitele pedepsei prevăzute de lege pentru infracţia comisă.

Dacă în cursul detenţiunei, vindecarea este obţinută, condamnatul va fi transferat într'un stabiliment penitenciar unde se va menţine detenţiunea până la termenul fixat de judecător.

Dacă la sfârşitul detenţiunei, în stabilimentul vizat la alineatul 1, starea periculoasă persistă, detenţiunea va fi prelungită cu 5 ani; această durată va putea fi redusă sau reînoită în condiţiile care vor fi hotărâte de codul instrucţiei criminale.

Articol suplimentar.

Comisiile medico-judiciare vor fi instituite pentru a propune autorităţii judiciare, diversele modalităţi de aplicare a măsurilor de siguranţă vizate de articolele precedente.

La articolele 74, 78 şi 79 ale noului proiect de cod penal francez se prevede: avizul medical pentru aplicarea regimului de readaptaţie în stabilimentele de lucru şi depozitul de cerşetori; vizita periodică a medicilor şi a membrilor societăţilor de patronaj; precum şi obligativitatea avizului medical pentru transferările din închisoare sau stabilimente de muncă în azilele de siguranţă sau stabilimente medico-penitenciare.

Cele zise mai sus ne conduc la următoarele:

8. **Concluziuni:**

1. Oricare ar fi întrebarea pusă experţilor de către jurişti, trebue să se ştie că responsabilitatea nu poate fi privită decât ca expresia conştiinţei şi ca un fapt (medico-social) ce rezultă din asociaţiile ideo-afective şi adaptarea faţă de realităţile materiale şi sociale date şi faţă de acele ce se proiectează deasupra părţii noastre animalicești, pentru crearea unei lumi mai ideale (morală, ştiinţă, artă, literatură, umanitate, etc.).

Studiul conştiinţei (implicit al moralei), trebue reintegrat la studiul biologiei şi la acel al delicvenţei şi crimei.

Responsabilitatea se poate stabili, analizând somato-psihic întreaga personalitate a individului, adică, din punct de vedere: biologic, psihologic şi moral. Analiza psihologică şi morală va continua pe cea biologică.

Pentru o cunoştinţă cât mai reală a personalităţii, este nevoie ca ea să fie studiată împreună cu mediul respectiv.

Vastitatea noţiunei de responsabilitate impune juriştilor ca în cazurile de infracţiuni să nu ceară să se stabilească decât aceea

parte de responsabilitate ce are raport cu cazul concret şi cu împrejurările în care s'a comis infracţiunea.

2. Pentru o apărare integrală şi ştiinţifică a societăţii contra acelor ce ar vătăma-o prin anomaliile sau tulburările lor psihice şi mintale este nevoie nu numai de formaţiuni care să prevină şi să restrângă infracţiunea, dar şi de organizaţiuni care odată cu împiedecarea manifestării tendinţelor antisociale a indivizilor să contribuiască la educarea şi îngrijirea lor medicală (psihică).

Formaţiunile de prevenire şi asistenţă socială existente, se vor întări şi desvolta. Se vor creia şi organiza apoi cât mai bine, centrele de higienă şi profilaxie socială, psihică şi mintală (cu laboratoarele, dispensarele, serviciile de consultaţii şi anchete, etc.); institutele medico-pedagogice şi de corecţiune precum şi orice alte instituţii cu scop educativ şi preventiv.

Măsurile de siguranţă luate contra bolnavilor şi anormalilor cu tendinţe antisociale şi infractori, expuse în proiectul noului cod penal, exprimă un progres de care trebue să ţinem seamă.

Pentru complectarea lacunelor din părţile ce au raport cu medicina propun:

a) Să se codifice sau să se introducă în codul de procedură penală obligativitatea expertizei sau avizului medical în toate cazurile în care codul penal prevede stări de boală (psihică sau mintală) anomalii, infirmităţi precum şi acolo unde este a se stabili inconştienţa, lipsa de discernământ, etc., şi care intră în măsurile de siguranţă curative.

Acest avis medical îl credem încă necesar şi pentru toate cazurile în care examenul bio-psiho-social al infractorului ar putea folosi hotărârei judecătorului (măsuri eliminatorii, reformatorii, de protecţiune, de educaţiune, anumite infracţiuni şi contravenţiuni ce privesc starea morală, etc.).

3. Toate aşezămintele introduse prin cod şi care privesc îngrijirea medicală sau educaţia, ar trebui să fie conduse sau cel puţin să fie vizitate şi inspectate de medicii specialişti.

Ele trebue să aibă numiri adecvate scopului lor.

4. Să se codifice instituirea unei comisii medico-judiciare care să se pronunţe asupra: modalităţilor de internare, transferului dela o instituţie la alta, prelungirei deţinerei şi ridicărei măsurilor de siguranţă a bolnavilor sau anormalilor infractori, precum şi asupra oricărei alte măsuri de siguranţă curativă care să poată folosi individului şi societăţei.

5. Pentru bolnavii sau infirmii infractori ce intră în cuprinsul art. 73, din proiectul noului cod penal român, să se aplice următoarele dispoziţiuni:

a) să fie mai întâiu deţinuţi şi îngrijiţi în azil;

b) să nu fie deţinuţi decât în limitele pedepsei hotărâte pentru infracţia comisă;

c) dacă starea periculoasă se menţine, detenţiunea poate să fie prelungită de comisia medico-judiciară;

6. Până la crearea şi organizarea noilor aşezăminte prevăzute prin noul cod penal să se instituie pe lângă spitalele de boli mintale şi nervoase secţiile de siguranţă, unde vor putea fi îngrijiţi bolnavii infractori ce intră în articolul 72 al noului cod penal; iar pe lângă închisori să se creieze anexe psihiatrice, care vor deţine şi îngriji bolnavii şi infirmii infractori, cuprinşi în înţelesul articolului 73 din noul cod penal român.

Cardiazol-Efedrină

«Knoll»

cupează astmul,

indicat în deosebi la astm cronic cu alterațiuni ale inimii drepte, astm bronchial cu stări de bradicardie sau hipotonie, bronchită astmatică, emfizem,

combate insuficiența circulației,

dă rezultate foarte bune la colaps al vaselor, insuficiență cardiovasculară, bradicardie, bloc al inimii, scăderea tensiunii sanguine, minus-decompensație, intoxicații, ca profilactic înaintea narcozei.

Picături Cardiazol-Efedrină «Knoll», ambalaj original cu 10 gr.
10% 1,5%

Tablete Cardiazol-Efedrină «Knoll», ambalaj original cu 10 bucăți.
0,1 gr. 0,015 gr.

Fiole Cardiazol-Efedrină «Knoll» à 1,1 cm³, ambalaj original cu 6 bucăți.
0,1 gr. 0,015 gr.

Ca doză medie se dă de 2–3 ori pe zi câte 10–20 picături, sau câte ½–1 tabletă. Subcutanat sau intramuscular se dau 1–2–3 fiole pro die. Administrarea intravenoasă la cardiopatii organice decompensate este absolut contraindicată.

KNOLL A.-G., Fabrici de produse chimico-farmaceutice, LUDWIGSHAFEN/RIN

Reprezentanță și Depozit pentru România:

KNOLL S. A. R., Produse chimice-farmaceutice BUCUREȘTI III, Str. Atena, 29

In tratamentul afecțiunilor gastro-intestinale, locul de onoare îl ocupă preparatele de

Cărbune medicinal-Richter

și **combinațiunile sale**

Fabrica de produse chimice Gedeon Richter, București

Consideraţiuni asupra a două cazuri de sifilis pluriviseral

de

Medic Lt. Colonel Dr. M. Căpitanovici
Şeful Spitalului Militar Sibiu.

Localizările pluriviscerale ale sifilisului sunt rar observate în serviciile de boale interne ale spitalelor militare mai puţin frecventate de o anumită clientelă. In prezent în mod aproape excepţional avem în serviciul de boale interne al Spitalului Militar Sibiu două cazuri de asemenea natură; analiza acestor cazuri prezintă un deosebit interes clinic şi pun încă odată în lumină clară etiologia sifilitică a multor afecţiuni viscerale.

Voi da mai întâi pe scurt observaţiile acestor cazuri:

Observ. I. Plut. Maj. S. N. intră în spital cu diagnosticul: Ciroză ascitogenă cu icter. Variolă în copilărie. Tifos exantematic în 1919 şi paludism în mai multe rânduri. Şancru tare cu B. W. în sânge ++ acum 8 ani pentru care a urmat 3 serii de neosalvarsan cu cianur de mercur.

Din Aprilie trecut, dimineaţa după sculare avea pituite uneori cu vărsături bilioase (nu e un alcoolic). De 6 săptămâni astenie progresivă cu inapetenţă.

De constituţie încă bună, prezintă vergeturi abdominale (a scăzut dela 117 Kg. la 87 Kg.). Tegumentele şi mucoasele icterice cu faciesul puţin teros. Apetit conservat, scaun normal. Abdomenul voluminos, nedureros.

Ficatul enorm mărit ocupând ipocondrul drept până la 3 degete deasupra crestei iliace; deacolo marginea inferioară dură, netedă având şi oarecari neregularităţi se ridică până la 5 degete deasupra ombilicului, lobul stâng ocupând epigastrul până la jumătatea arcului falşelor coaste stângi. In flancul stâng se palpează o splină mare dură, flotantă ce coboară 6 cm. sub falşele coaste şi dă o matitate

de 12 cm. pe linia medio-axilară. Restul organelor normale. Are uşoară oligurie cu urme slabe de albumină, urme slabe de pigmenţi şi săruri biliare.

Observaţia II. Gagistul Rusu Ioan 36 ani, intră în spital pentru dispnee de efort şi palpitaţii. Neagă maladii sau infecţii venerice.

De constituţie bună. Facies puţin imobil. Vorbirea monotonă cu ezitări şi acroşeri în frazele tipice ce i se dă să pronunţe.

Inegalitate evidentă pupilară cu Argyl Robertsohn pozitiv la ochiul stg. Reflexul achilian abolit la dreapta. Romberg pozitiv. Nu are turburări psihice decât oarecare apatie. Reacţia B. W. în sânge pozitivă (+ +), Reacţia Witelski + + +.

Cord dilatat; în focarul aortic un dublu suflu, aspru mai ales în primul timp cu propagare spre claviculă: puls bondisant şi depresibil şi puls capilar.

Din observaţiile de mai sus reese în mod evident etiologia sifilitică în afecţiuni interesând organe importante ca sistemul nervos central, aortă, ficat, splină. In primul caz diagnosticul uşurat prin prezenţa unei reacţii B. W. pozitive rămâne să fie încă discutat: existenţa unui ficat enorm, dur cu o splină mare, cu icter, deocamdată fără alterare pronunţată a stărei generale fac totuş să ne gândim la toate afecţiunile în cari hepatosplenomegalia predomină tabloul clinic. Diagnosticul poate fi făcut cu maladia lui Banti (un pseudo Banti sifilitic) cu cirozele hipertrofice icterigene cu ciroza hipertrofică difuză sau diferitele ciroze hipertrofice maligne.

Interesant e faptul că în cazul de faţă nu ne putem opri la nici una din aceste forme de ciroze; aspectul clinic şi evoluţia boalei nu îmbracă nici aspectul cronic al primelor forme citate nici aspectul malign al ultimelor. Lipsa unei alterări a stărei generale, lipsa fenomenelor de hipertensiune portală deşi la un ficat ce ar părea profund afectat ne face să eliminăm mai ales hipertrofiile maligne; nu avem însă nici aspectul ficatului gomos sau al clasicului ficat legat (foie ficelé).

Insist cu aceste considerente tocmai pentru a evidenţia ceiace s'a afirmat cu drept cuvânt că sifilisul ficatului îmbracă toate aspectele; cazul de faţă deci cu greu ar putea fi încadrat într'unul din formele clasice ale cirozelor hipertrofice. Etiologia sifilitică a cirozelor este însă tot mai mult afirmată.

Letulle a constatat în 40% din cazuri reacţia Wassermann pozitivă, iar Hateganu din 20 cazuri de ciroză în 15 a găsit aceiaş reacţie pozitivă. In cazul nostru bazaţi şi pe pozitivitatea reacţiei B. W. am procedat şi la proba terapeutică.

Bolnavul a fost ţinut la un regim apropiat pentru a-i amenaja funcţia hepatică fără alt tratament decât cel specific; s'au evitat desigur preparatele arsenicale administrându-i-se în primele zile cianur de mercur în doză de 0.01 ctg. la 2 zile apoi zilnic aceiaş doză alternând mai târziu cu 1—2 cmc. Pentabi bisăptămânal.

Tratamentul s'a făcut cu multă precauţiune controlând zilnic apariţia semnelor de insuficienţă hepatică. Spre surprinderea noastră plăcută bolnavul suportă bine tratamentul, faciesul şi starea generală prezintă o vădită ameliorare şi marginea ficatului desemnată la începutul tratamentului cu nitrat de argint s'a retras cu 2 cm. pe toată întinderea. Iată deci că tratamentul a comfirmat diagnoza. Prognosticul desigur nu poate fi încă formulat neputându-se preciza starea celulei hepatice, mai ales că în trecutul lui bolnavul are şi alte grave infecţiuni.

Pentru al doilea caz este de remarcat afecţiunea de o dublă gravitate asupra aortei şi a sistemului nervos. Aici leziunea aortică nu poate fi considerată decât de origine specifică.

Se evidenţiază în aceste cazuri caracterul septicemic al sifilisului care realizează formele poliorganice descrise de profesor Hateganu şi care se întâlnesc des după vârste de 40 ani.

Astfel infecţia sifilitică realizează în primul caz un sindrom hepatosplenomegalic, iar în al doilea un sindrom neurovisceral.

Consideraţiuni Medico-Militare.

E de remarcat în cazurile de mai sus faptul că ambele sunt constatate la reangajaţi activi; e vorba deci de militari care dela apariţia infecţiei au avut posibilitatea instituirei unui tratament cât mai susţinut, lucru pe care nu l-au făcut.

Ar fi de dorit ca controlul infecţiunii sifilitice să se facă cel puţin odată pe an prin reacţia B. W. la toţi reangajaţii armatei; reangajarea lor mai ales să fie admisă numai după observaţie într'un spital unde să fie supuşi unui examen minuţios clinic şi de laborator; simplele certificate ce li se eliberează de medicii corpurilor nu constituesc de loc garanţie asupra sănătăţii lor pentru a fi primiţi definitiv în armată.

Cât despre cei infectaţi după reangajare numai un tratament susţinut îi poate menţine valizi. Dealtfel acelaş control trebue aplicat şi ofiţerilor căci numai în felul acesta s'ar împuţina marele număr al acelora care cu drept constituesc un balast pentru instituţia armatei, fiind veciniciei clienţi ai spitalelor şi apoi ai comisiilor medico-militare.

Asupra unui caz de alcoolism cronic cu meningită subacută

de **Dr. Mareș Cahane,** medic primar

Din studiile anatomopatologice se știe acțiunea alcoolului asupra ficatului (ipertrofie și degenerescență grăsoasă) asupra rinichiului și cordului (degenerescență grăsoasă) care joacă un rol preponderent în patogenia delirului episodic în alcoolismul cronic.

Cele mai frecvente leziuni sunt arterioscleroza și ateromul cerebral. In cazurile mai înaintate se observă leziuni în substanța nervoasă a creerului, leziuni de degenerescență și atrofie a celulelor și fibrelor tangențiale, retracția corpului celular, cromatoliză, supra încărcarea granulo-pigmentară și grăsoasă.

Meningele sunt îngroșate, iar ca o caracteristică a leziunilor determinate de alcool avem pachimeningita hemoragică. Hemoragia se petrece în spațiul arachnoidian între foița viscerală și parietală sau sub piamater și se întinde în lamă. Cum aceste hemoragii nu sunt totdeauna letale, chiagul se organizează și în parte se rezoarbe. Acest proces se repetă după fiecare exces alcoolic care produce un ictus asemănător cu un nou strat de sânge încât unii autori au vorbit de pachimeningită stratificată. După numărul zonelor de hematoidină putem spune de câte ori s'a repetat hemoragia.

Din examenul lichidului cefalo-rachidian ne putem da seamă de leziunile meningiene.

Este însă o formă mai puțin cunoscută de alcoolism cronic cu o reacție meningee netă.

Astfel Courtois și Malle Jacob (Soc. Medico-Psichologică, Mai 1934) au prezentat 2 alcoolici cronici în vârstă de aproximativ 45 ani prezintând, amândoi acese comițiale rare, unul cu o slăbire intelectuală puțin pronunțată, iar altul simulând o demență paralitică. Examenul lichidului cefalo-rachidian a arătat o albuminorachie de 0·60 și 0·70% și o leucocitoză abundentă cu limfocitoză care a persistat la punctiile succesive (120 și 135 p. mm^3).

Părerea autorilor este că avem de a face cu o reacție meningeană subacută în cursul unei meningite cronice alcoolice.

Cele de mai sus ne-au determinat să publicăm cazul nostru.

Redăm în rezumat foaia de observație.

Bolnavul M. N. în etate de 49 ani, plugar, căsătorit intră în spital pentru dureri de cap și amețală.

Antecedente heredo-colaterale: Tatăl este mort, n'a suferit de nici o boală gravă, a fost tabagic. Mama trăește este sănătoasă, n'a avut avorturi. Alte rude nu prezintă boli nervoase sau simptome de alienație mintală.

Antecedente personale: A fost născut la termen, a mers și a vorbit la vârsta obicinuită. N'a făcut școală, este analfabet. In timpul copilăriei n'a suferit de nici o boală infecto-contagioasă. A făcut armata. S'a însurat la 24 ani, soția este sănătoasă, n'a avut avorturi, numai unul din copii a murit când s'a născut. Ceilalți 3 copii sunt sănătoși. Neagă sifilisul, la început a negat și alcoolismul dar pe urmă ne-a afirmat că este alcoolic. Uzează din toate băuturile alcoolice după cum câștigă și are posibilitate. De când se ține minte este obișnuit să bea.

Istoricul boalei: In ultimul timp a făcut excese alcoolice după cari ar fi prezentat și stări de obnubilație care au trecut. Ceeace însă a persistat, au fost durerile de cap, iar în ultimul timp accesele epileptiforme cari au făcut pe cei din jur să-l ducă la medicul circumscripției care l'a îndrumat la noi.

Examenul fizic: De constituție atletică, musculos și bine conformat. Oasele craniului bine conformate. Reflexele oculare, fotomotorii și de acomodație sunt păstrate. Glanda tiroidă palpabilă. Ușoare tremurături ale extremităților. Reflexele periosto-radiale sunt exagerate, deasemenea și cele rotuliene. Celelalte reflexe cât și sensibilitatea generală nu prezintă nimic patologic, nu prezintă loboclonie sau dizartrie.

Examenul aparatului circulator: Puls 76. La cord nu găsim nimic deosebit. Nu prezintă semne de arterioscleroză.

Examenul aparatului urinar: In urină nu găsim albumină, zahăr sau alte elemente patologice.

Reacția, B. Wassermann și Ballung-Müller negativă în sânge. Examenul lichidului cefalo-rachidian: Puncția suboccipitală ne dă lichid clar cu tensiune mică. Leucocitoză: 200 elemente pe câmp mm.^{3} Albuminorachie 0,90% (Sicard și Cantaloube).

R. Nonne Appellt pozitivă. B. Wassermann și Ballung-Müller negativ.

Din punct de vedere psihic este bine orientat în timp şi spaţiu cât şi la persoana proprie. Atenţia este scăzută şi este deprimat. Abulie. Este egoist şi nu se interesează prea mult de familie. Are visuri terifiante.

Tratament: Purgative, regim lacto-vegetarian. Liq. Fowler şi Tra nucă vomică.

După 3 săptămâni părăseşte spitalul.

In rezumat este vorba de un caz de alcoolism cronic care prezintă o menigită subacută; în urma tratamentului de desintoxicaţie la care a fost supus, cefalalgia a cedat repede şi n'a mai prezentat accese epileptiforme.

Din examenul clinic şi de laborator am putut exclude sifilisul nervos. La început însă ne-am gândit în direcţia etiologiei sifilitice, întrucât din antecedente bolnavul nega alcoolismul. Reacţiile din lichidul cefalo-rachidian au fost repetate dând aceleaşi rezultate.

Am crezut interesant să publicăm cazul de faţă fiindcă credem că această formă de alcoolism cu meningită subacută este mai frecventă, ea fiind compatibilă cu o stare generală bună, iar bolnavul este incapabil să-şi îndeplinească ocupaţiile sale.

(Serviciul neuro-psichiatric al Spitalului Diciosânmărtin).

Spitalul de Stat — Sighet.

Hemoragiile Inter-utero-placentare

de **Dr. Salca Eugen,** medic primar
la Secţia Ginecologică şi obstetrică.

Sângele se poate revărsa între placentă şi uterus în diferite condiţiuni. Cazul cel mai simplu este atunci când e vorba de decolarea placentei ce se realizează în momentul delivrării; fătul este expulsat, uterul se retractă, placenta se decolează de obicei la centrul său. In urma acestui fapt se formează între uter şi placentă un *hematom retro-placentar fiziologic.*

Hematomul mărindu-se ajută deslipirea placentei.

Intre alte împrejurări de exemplu cum este vorba de scurţimea cordonului ombilical (primitivă sau secundară, circulară) trăgându-se asupra placentei, aceasta se decolează în parte, urmând formarea unui hematom retro-placentar.

In sarcinele gemelare mecanismul este analog. Când primul făt a fost expulsat uterul prea mare îşi revine, placenta se trage şi se formează înapoia ei un hematom.

Alteori decolarea placentei este datorită inserţiei joase a placentei, membranele trăgând marginea placentei, aceasta se decolează. In aceste cazuri însă nu se mai formează un hematom retro-placentar, ci sângele curge imediat înafară.

Aceste cazuri formează grupul de hemoragii inter-utero-placentare unde *primul fenomen este decolarea, iar al doilea fenomen este hemoragia.*

O altă posibilitate este atunci, când de exemplu o gravidă a primit un traumatism asupra uterului (lovitură, cădere, etc.). Ori aceste traumatisme sunt capabile a produce o hemoragie la nivelul uterului şi dacă traumatismul a interesat exact regiunea unde este inserată placenta, poate determina o hemoragie la nivelul acesteia. In orice caz această posibilitate este foarte rară, pentrucă placenta inserată pe o mucoasă uterină normală nu se decolează chiar dacă această regiune a fost traumatizată, ci pentru producerea hemoragiilor la acest nivel mucoasa trebue să fie alterată (endometrită).

Când endometrita se produce în primele luni, atunci ea se manifestă prin hemoragii mai mult sau mai puțin abundente.

De cele mai adeseori se manifestă o hidrohematoree, în alte cazuri pierderea este mai mult sanguină, când apoi de cele mai multe ori se produce un avort. In alte cazuri nu numai că nu se produce avort, femeia nu sângerează extern, ci e vorba de o hemoragie internă. Aceasta se manifestă de obicei prin faptul că vedem în jurul placentei și al oului chiagul în cât este foarte greu de a regăsi oul în mijlocul acestei masse, producându-se hematomul mola (nu are a face nimic cu mola hidatică). Chiar în aceste cazuri de avortări vedem înapoia placentei un hematom. Hemoragia a rămas localizată unde a fost grefată placenta, aceasta este hemoragia placentară a primelor luni. Dacă avortul nu se produce uneori, totul poate să reintre în normal, sau excepțional femeia poate pierde sânge în tot decursul sarcinei și poate naște la termen (aceste cazuri sunt etichetate de multe ori de placenta previa). Se poate întâmpla faptul că o femeie să piardă puțină cantitate de sânge la începutul sarcinei, apoi totul se calmează, iar la naștere se declanșează simptomele grave de hemoragie inter-utero-placentară, forma apoplexia uterină.

In acest grup de hemoragii *primul fenomen este hemoragia, iar al doilea fenomen este decolarea placentei.*

In forma care în mod general este descrisă sub numele de hemoragie retro-placentară, hemoragia este primitivă. Hemoragia care se desvoltă între placentă și uterus se formează diferit de aceia unde uterul este atins de endometrită. Când uterul este în apoplexie este o stază formidabilă în uter, o hemoragie în toate straturile peretelui uterin dar în deosebi la nivelul inserției placentare.

Deci putem împărți hemoragiile retro-placentare (primitive) în două grupuri:

1. Hemoragii datorite endometritei;
2. Hemoragii datorite apoplexiei uterine.

In primul caz, placenta este inserată vicios, datorită calității defectuoase a mucoasei uterine, accidentele sunt analoage cu acele din placenta previa, cauzele sunt analoage, endometrita (Metzger le spune decolarea placentei inserate în loc normal).

In apoplexia uterină este vorba de o localizațiune genitală a unei intoxicațiuni generale (eclampsie, intoxicațiune gravidică). In hemoragiile cauzate de endometrită, nu vom regăsi fenomenele de intoxicațiune gravidică ca în apoplexiile uterine. Totuși autorii sunt de acord de a susținea că hemoragia retro-placentară este

frecventă la multipare (70—80%), aceasta nu se potriveşte cu intoxicaţiunea gravidică (eclampsia) care apare mai frecvent la primipare. Eclampsia, este maladia ultimelor luni ale graviditătii, hemoragia retro-placentară este maladia ce apare mai frecvent la sfârşitul sarcinei, dar poate să apară şi în a 3—4-a lună a sarcinei (mai jos voiu relua această discuţiune).

In categoria hemoragiilor inter-utero-placentară datorite endometritei putem incadra toate cazurile frecvente unde după expulsarea placentei regăsim un chiag particular aderent la faţa uterină a placentei şi când se ridică chiagul se constată o depresiune în formă de cupolă. Clinic în aceste cazuri de obicei nu se remarcă nimic.

Multe din cazurile de hemoragii inter-utero-placentare datorite endometritei sunt confundate cu placenta previa şi numai după eliminarea placentei se constată că nu a fost vorba de placentă previe şi sunt hemoragii externe mari cari se produc uneori la sfârşitul sarcinei.

Apoplexia utero-placentară, clasic este considerată ca un echivalent de eclampsie convulsivă de intoxicaţiune gravidică. După Riviere, aceasta nu pare verosimil din următoarele motive:

1. Accidentele hemoragice nu sunt anunţate prin nici un semn premonitor afară de hipertensiune ce trebue căutată sistematic.

Albuminuria este aproape totdeauna după paroxismul hemoragic, pe când în eclampsie albuminuria precede fenomenele.

2. Eclampsia obvine la primipare şi este rar recidivantă, apoplexia este apanajul multiparelor şi se reproduce frecvent.

3. Când se constată semnele începătoare ale unei eclampsii, atunci regimul şi tratamentul preventiv este eficace de a preveni accidentele eclamptice, pe când în apoplexie ele nu împiedică accidentul. Singurul semn comun al acestor 2 sindrome este hipertensiunea, în eclampsie albuminuria apare înaintea accidentelor, în apoplexie după declanşarea sindromului, afară de aceasta în eclampsie acestea se datoresc unui element renal.

Decolarea placentei în apoplexie se datoreşte hipertensiunei, fragilităţii particulare a inserţiunii placentare (datorită după Metzger unei endometrite).

Hematomul atacă uterul disociindu-i fibrele musculare, se insinuiază în interstiţii uneori până la nivelul peritoneului, transformând uterul într'un ţesut contuzat (clinic fază de hemoragie), iar sângele resorbit dă naştere la fenomenele de intoxicaţiune (clinic fază de intoxicaţiune).

Diagnosticul se bazează pe elementele următoare:

1. Faza *a)* pierderea mai mult sau mai puțin abundentă de sânge.

b) Dispariția bătăilor cordului fetal.

c) Duritatea lemnoasă a uterului (ce poate merge până acolo, încât împreună cu destinderea enormă a uterului să fisureze peritoneul ce acopere uterul cauzând diferite fenomene reflexe, ca încetinirea pulsului).

d) Mărirea volumului uterin, albuminuria, modificările pulsului sunt semne ce denotă trecerea în a doua fază.

2. Faza de intoxicațiune caracterizată prin starea generală gravă. Obnubilațiune remarcabilă, tegumente palide, mucoasele decolorate.

Dispnee, greață, vomismente, etc. Diagnosticul diferențial trebue stabilit față de:

a) Hidramniosul acut; *b)* Contractura uterină reflexă în focarele de apendicită; *c)* Toxicoza gravidică (eclampsie).

Reguli terapeutice.

A interveni pe cât e posibil în prima perioadă (faza de hemoragie, a aștepta înseamnă a pierde ceasul intervențiunii eficace.

a) Dacă diagnosticul a fost pus la început (în general 6 ore dela declanșarea fenomenelor), ruperea membranelor, injecțiune cu morfină chiar dacă colul nu este dilatat, se știe că în aceste cazuri colul este capabil a se dilata cu mare rapiditate, în 2 ore se observă uneori o dilatare complectă. De altfel avem de a face în general cu multipare;

b) dacă proba travaliului nu dă rezultat (nașterea nu progresează rapid) intervenim;

c) atât în cazul precedent, cât și în cazul când aflăm cazul în faza toxică este indicată histerectomia, asigurând prin aceasta vidarea uterului, hemostaza și a rezervelor de toxină;

d) Cesariana nu este justificată decât excepțional: Când fătul supravețuiește sau vre-un obstacol pelvian se opune eliminării fătului mort (însă e mai bine a interveni prin histerectomie).

Pronosticul pentru făt este foarte rău. In cazurile de apoplexie fătul moare brutal și sunt extrem de rare cazurile unde fătul a supraviețuit. Aceasta ne împiedecă într'o oarecare măsură de a practica cesariana.

Pronosticul pentru mamă este grav în prima fază datorită hemoragiei care poate fi așa de abundentă ca și în placenta previa, în faza a 2-a, pericolul e datorit intoxicațiunei profunde (putem întâlni hematome retro-placentare de 700—1000 gr.). Asociațiunea

ambelor fenomene agravează prognosticul. In placenta previa (Bar) femeile cari mor în hemoragie după eliminarea placentei sucombă foarte rar de inerţie uterină, dacă aceste femei mor, totuşi prin hemoragie mor pentrucă li s'a făcut o ruptură a colului prin intervenţiunile forţate. In hemoragia inter-utero-placentară simplă (datorită unei endometrite) prin vidarea uterului femeia mai pierde sânge. Insă când e vorba de apoplexia uterină, hemoragia secundară este foarte frecventă, uterul este infiltrat cu sânge, se contractă rău şi chiar pierde mai mult sânge după evacuarea uterului (aceste cazuri pierd mai puţin sânge atunci când oul nu este evacuat). Ba mai mult, rezorbţia sângelui şi a toxinelor prelungeşte fenomenele de intoxicaţiune gravă.

Anatomia patologică a apoplexiei uterine. La examenul microscopic se constată că hemoragia disociază fibrele musculare, se infiltrează spaţiul conjuctiv. Nu este numai o infiltraţiune în fibrele musculare, ci uneori se observă fenomene de degenerescenţă grasă. Nucleul fibrelor musculare este rău colorat. Fibra musculară se contractă rău pentrucă este alterată (riscurile hemoragiei dacă lăsăm uterul pe loc). In vene se constată o coagulaţiune indicând că este vorba de un oarecare grad de tromboză, peste tot la nivelul venelor mici, uneori şi la cele mari. Din punct de vedere patogenic se pune întrebarea dacă această tromboză este secundară datorită compresiunii prin hematomul interstiţial sau primitivă (nu se poate preciza). In apoplexia utero-placentară orice intervenţiune pe cale vaginală este riscată.

In rezumat hemoragiile inter-utero-placentare pot îmbrăca 2 forme schematice.

1. Hemoragia prin endometrită.
2. Hemoragia prin apoplexia uterină.

Prima se caracterizează prin hemoragia externă foarte abundentă, puls frecvent, starea generală mai mult s'au mai puţin atinsă, uterul uniform de dur, contractându-se, relaxându-se, făt viu uneori, col pe cale de dilatare, absenţa albuminei în urină.

A 2-a, stare generală foarte gravă (teint plombe) hemoragie puţină, făt mort, uterus contractat, col nedilatat, albumina foarte abundentă.

In hemoragia prin endometrită o intervenţiune ca pentru placenta previa poate salva pacienta, în apoplexie este indicată totdeauna intervenţiunea chirurgicală şi tratamentul este eficace numai atunci când intoxicaţiunea nu a pătruns în straturile profunde (prima fază clinică, cca 6 ore dela declanşarea fenomenelor).

Rolul alcoolismului acut în angiocholite

de **Dr. Iosif Ghizdavu,**
medic sec. Boli interne, Spit. de Stat — Sighişoara.

Influenţa nefastă a alcoolismului asupra celulei hepatice este în deobşte cunoscută. Ficatul având între alte funcţiuni şi aceea numită hepatotoxică, alcoolul, care este un corp străin, un toxic, lezează în mod electiv celula hepatică. Prin leziuni consecutive şi lente de alcoolizări repetate, cu un cuvânt în alcoolismul cronic determină cea mai comună leziune hepatică, care este ciroza hepatică, mai ales atrofică descrisă de Laennec, care pe lângă alterarea celulei funcţionale propriu zise mai determină şi o reacţie puternică de ţesut fibrosconjuctiv care tinde să domine ţesutul nobil funcţional. In acest caz, alcoolul determină scleroza acestui viscer în mod cu totul asemănător infecţiunilor cronice: Sifilis, T. B. C.

De altcum Srauss şi Bloc au obţinut scleroza hepatică la iepuri administrându-le alcool luni de zile. Castaigne a arătat că alcoolul în doze mici şi repetate acţionează asupra ţesutului conjunctiv, iar în doză masivă lezează celula hepatică (Hepatită alcoolică).

In contrast deci cu alcoolismul cronic, în alcoolismul acut (apotu-immoderato) se observă leziuni violente, reacţiuni acute. Pentru a ilustra acest lucru următoarele 3 observaţii vor avea darul să arate acţiunea alcoolizărilor acute, determinând icter (Angiocholite) al căror mecanism fizio-patologic pare a rezulta dintr'o leziune directă asupra celulei hepatice. De altcum în ultimul timp predomină părerea că alcoolul este un toxic electiv al celulei hepatice (Marcel Labbé), întocmai ca şi Cloroformul şi icterul ce rezultă în urma alcoolismului acut ar fi un icter toxic pur în contrast cu ceeace se susţinea altădată (Gilbert) că alcoolul prin tulburările gastro-intestinale produce indirect o infecţiune ascendentă sau hematogenă a căilor biliare intra hepatice cu microbi saprofiţi intestinali (Coli, Enterococ, etc.), cari îşi măresc virulenţa, creind icterul mixt: toxi-infecţios. Apariţia rapidă violentă a icterului în cazurile ce urmează par a ilustra prima teorie.

Observaţiunea I. D. V. 25 ani funcţionar. Antecedente personale: Apendicectomie la 9 ani. In 1929, operat de abces în spaţiul prevezical (Roetius). N'a suferit de ficat.

Boala actuală. Alcoolizare în ziua de 3 Septemvrie 1933, timp de 6 ore; de a doua zi observă deja o coloraţie gălbuie a conjunctivelor, are greaţă, inapetenţă, adinamie, urină roşietică. A treia zi se accentuează icterul, are oligurie, prurit, febră nu poate preciza dacă a avut, în aceeaşi zi urmează deja tratamentul adecvat: regim lactohidric, apoi făinos, injecţii cu Decholin (3) la interval de 3 zile, n'a păstrat repaus la pat. A 12-a zi are o criză de poliurie care s'a prelungit până la a 4-a zi, coloraţia urinei devine mai deschisă galbenă, pruritul dispare. Apoi 3 săptămâni se simte bine dar persistă un subicter uşor conjunctival, după care timp apare un nou puseu de icter cu aceleaşi fenomene, durând 2 săptămâni, cât s'a tratat cu regim şi Agocholin Zizine. Urmează o altă criză de poliurie, după care urmează o ameliorare, dar încă o lună rămâne totuşi o coloraţie gălbuie a conjunctivelor, oboseală, în care timp ţine iarăşi regim şi ia succesiv, Biléyle, Opobil tablete Decholin, face cură cu untdelemn apoi cu sare de Karlsbad, însă observând că nu se vindecă intră în Spital în 5 Decemvrie, deci după 4 luni dela debut.

Starea actuală: Conjunctive galbene, puls 64, temperatura 36° 5, dureri uşoare în hipocondrul drept, sub falşele coaste, ficat în limite normale, celelalte organe nu prezintă nimic patologic. Urina pe 24 de ore 900 cm^3.

Tratament: Injecţii cu Decholin intravenos 10 cm^3 la 2 zile interval. Regim lactohidric. Repaus la pat. Băi calde. Intern doze mici zilnice de calomel apoi salol plus Urotropină aa. 0.50×3. In 14 Decemvrie, se produce criza poliurică, icterul dispare, iar analiza urinei executată în Laboratorul de Igienă Braşov, după poliurie arată: urme de urobilină şi pigmenţi hemafeici, urme nedozabile de albumină, elemente biliare (pigmenţi, săruri biliare) n'are în rest nimic anormal.

Bolnavul iese din Spital, aparent vindecat. Icterul a evoluat deci cu 3 perioade de intermitenţe. Leziunile ficatului au fost destul de profunde, iar urmările unei alcoolizări s'au manifestat pe o perioadă de 4 luni şi jumătate.

Observaţiunea II. Sp. I. 27 ani, funcţionar. Antecedente personale: n'a suferit de ficat, operat de hemoroizi în 1931. Boala actuală: In 15 Iunie 1933, alcoolizare acută, dela 7 seara până la 5 dimineaţa, total 10 ore. In ziua următoare, coloraţia galbenă a conjunctivelor, greaţă, amar în gură, urină roşie, oligurie, constipaţie, a 3-a zi scaune decolorate, prurit tegumentar, adinamie, temperatură 38°, dureri în regiunea subhepatică la palpare, bradicardie (puls 62). E supus tratamentului urmând un regim lactohidric, apoi făinos; medicamente: Agocholin, dimineaţa câte 2 linguriţe, apoi sare de Karlsbad, Bileyle Fournier, Decholin tablete, Urotropină. Boala durează 14 zile terminându-se cu o criză de poliurie. De atunci se

simte bine dar la orice nouă alcoolizare conjunctivele devin icterice, adinamia revine, senzaţia de amar în gură deasemenea. De notat aşa dar, că în prima zi după alcoolizare apare icterul şi la orice nouă alcoolizare reapare un sub icter.

Observaţiunea III. Fl. P., 25 ani, funcţionar. Antecedente personale: Pojar la 5 ani. *Boala actuală*: In 10 Februarie, în urma unei alcoolizări acute (5 ore) se simte abătut, conjunctivele galbene, urina roşietică, icter tegumentar, prurit, febră la 4 zile, oligurie, scaune decolorate (mastic). N'a urmat nici un tratament timp de 3 săptămâni, dar agravându-se în 3 Martie 1933, intră în spital. La intrarea în spital prezintă: puls 66, temperatură 38^0 2, coloraţie intensă galbenă a mucoaselor şi tegumentelor (strălucind ca sulful), prurit, oligurie, urină roşie închisă, scaune decolorate şi dureri la palpare în hipocondrul drept sub falşele coaste. E supus tratamentului dietetic-medicamentos (Sare amară, Agocholină, Salol-benzonaftol, Bileyle, injecţii intravenoase cu urotropină). După 2 săptămâni de ospitalizare se produce criza poliurică şi bolnavul ese vindecat. Durata icterului a fost deci de 5 săptămâni. In rezumat, în primul caz avem un icter de durată lungă (4 luni jumătate) care se termină în mod intermitent, în al 2-lea caz, un icter cu evoluţie obişnuită, iar al 3-lea tarăşi cu evoluţie mai lungă (5 săptămâni) desigur provenit în urma totalei neglijări a boalei până la internarea în spital. Apariţia rapidă a icterului (a 2-a zi chiar în toate cazurile) în urma ingerării nemoderate a alcoolului pledează pentru teoria toxică directă a alcoolului asupra celulei hepatice. Icterul a apărut aşa zicând paralel cu rezorpţia masivă a toxicului care a năvălit prin toate ramurile aferente ale venei porte şi s'a difuzat în ficat. Apariţia febrei s'ar putea explica prin o schimbare a termo-regulaţiei în care ficatul are un rol hotărâtor sau poate chiar în urma unei infecţii secundare din intestin pe cale portă sau sanghină, revenind rolul primordial al lezării celulei hepatice totuşi alcoolului. Dacă ar apare întâiu febra şi în urmă icterul s'ar putea admite infecţiunea ca punct de plecare al icterului, ori în cazurile acestea a fost tocmai inversul. Apariţia rapidă a icterului şi în urmă a febrei după un interval variabil par a fi argumentele decisive în caracterizarea rolului primordial al alcoolului în determinarea acestor ictere. Durata variabilă a icterului în cazurile descrise este desigur în legătură şi cu doza toxicului dar şi cu factorul de rezistenţă a ficatului care variază dela individ la individ, după cum în alcoolismul cronic la unii se produc ciroze sau degenerări (grăsoasă în special) cu o gamă infinită de variabilităţi de formă (atrofică, hipertrofică), de durată şi de gravitate.

Entérites - Apendicites - Intoxications

BIOLACTYL

COMPRIMÉS : 4 à 8 comprimés par jour aux repas dans de l'eau sucrée.

LIQUIDE : Enfants : 1|4 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|4 de verre d'eau sucrée.
Adultes : 1|2 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|3 de verre d'eau sucrée.
Nourrissons : 2 à 6 cuillerées à café par jour, dans de l'eau sucrée.

Le Laxatif par excellence des Enfants ; Covalescents ; Jeunes filles ; Opérés.

LAXATIF GOBEY

(aux sucs de fruits).

Adultes : 1 cuillerée à soupe, le soir au coucher.
Enfants : 1|2 dose.

Gastro-entérites — entéro-colites — auto-intoxications — fermentations gastro-intestinales

CARBONÉSIE

(Charbon activé — Magnésie — CO^3 CA)

3 à 4 cachets par 24 heures

Angines — Brûlures — Ulcérations

NÉOL

(ozone naissant)

GARGARISMES :
2 cuil. à potage par verre d'eau.
PANSEMENTS :
Néol 1 partie — Eau 4 parties.

Sedatif non toxique des toux rebelles

CODOFORME BOTTU

SIROP PAR 24 HEURES :
Jeunes enfants : 2 à 4 cuillerées à café.
Grands enfants : 2 à 4 cuillerées à dessert.
Adultes : 2 à 4 cuillerées à potage.
COMPRIMÉS : Adultes : 5 à 8 par 24 heures.
Enfants : 2 à 3 par 24 heures.

Vaginites — Métrites — Leucorrhées, etc.

NEOLIDES

(Comprimés oxigénants)
(ne tachent pas)

1 à 4 Néolides par injection vaginale.

Anémies — Hémorragies

HEMOSTYL

du Dr. ROUSSEL
(sérum hémopoïétique de cheval)

FLACONS-AMPOULES : 1 à 2 amp. par jour per os.
SIROP : 2 à 3 cuillerées par jour.

Rachitisme — Troubles de croissance
Tuberculose — Allaitement — Fractures

CALCIGÉNOL IRRADIÉ

(Phosphate Pinard + Vitamine D)

PAR 24 HEURES : 2 cuil. a potage (Adultes) — 2 cuil. à dessert (Enfants) — 2 cuil. à café (Nourrissons).

Dermatoses non suppurées

INOTYOL

(Pommade — Poudre — Ovules-Suppositoires)

Prévient l'infection, jugule les septicémies

PYOFORMINE

(Pus aseptique + Uroformine)
ni choc — ni douleur

1 à 2 ampoules par 24 heures en injections intra-musculaires

Dermatoses suppurées-furonculose-acné

INOSEPTA

(Pomade aux Antivirus)

Antiseptique du sang, des voies biliaires, des voies urinaires

UROFORMINE GOBEY

(Hexaméthylène-tétramine pure)
comprimés de 0 g. 50

2 à 6 comprimés par 24 heures, dissous dans de l'eau froide.

AGENT GENERAL POUR LA ROUMANIE **RENÉ DUNOD** 103, STR. TOAMNEI BUCAREST III.
Téléphone : 2.21-38

GLUCO-CALCIUM

SAPIC

Pentru Calciterapia intramusculară şi intravenoasă.

1. Conţine Gluconat de Calciu 10%.
2. Stabilitatea şi puritatea absolută.
3. Complect indolor.

Preţ pentru public:

1 cutie 5 fiole à	5 ccm	Lei	73·—
1 „ 5 „ à	10 ccm	„	95·—
1 fiolă 5 ccm . . .		„	17·—
1 „ 10 ccm . . .		„	22·—

Cu mostre şi literatură serveşte la cerere

SAPIC S. A.

pentru industria chimică • Bucureşti VI. Str. Cazărmii 89.

CORDISAN

SAPIC

Analeptic şi Cardiotonic

pe bază de Trimethylpentamethylencarbonat de sodiu 15% şi Trimethylxantină 15%.

Insuficienţă cardiacă,
Maladii infecţioase acute,
Pneumonie,
Edem pulmonar,
Stări de Colaps.

Profilactic în chirurgie şi obstetrică.

Dozare:
15—25 picături
în puţină apă pe zi.

Preţ pentru public:
1 flacon 15 gr. Lei 85·—

Mostre şi literatură serveşte la cerere

SAPIC S. A.

pentru industria chimică

Bucureşti VI. Str. Cazărmii 89

Desvoltarea instituţiei surorilor de ocrotire.

Rolul sorei de ocrotire este bine fixat prin dispoziţiunile cuprinse în art. 75 din Legea sanitară. Importanţa misiunei acestor preţioase auxiliare ale medicului sanitar este astăzi unanim recunoscută, iar rezultatele dobândite acolo unde au existat bune condiţiuni de activitate pe teren, sunt mai mult decât satisfăcătoare. Instituţia surorilor de ocrotire, o creaţiune autohtonă având un specific curat românesc, s'a dovedit deci, după o experimentare de 17 ani ca o importantă şi foarte utilă organizaţie în serviciul sănătăţii publice.

Dacă totuşi nu putem încă înregistra rezultate răsunătoare cu repercusiuni asupra mersului general al sănătăţii publice din ţară, aceasta se datoreşte faptului că instituţia este abia eşită din faza de experimentare şi că raza ei de acţiune este încă prea redusă activându-se mai intens abia în câteva judeţe din ţară. Intr'adevăr cu un număr total de 240 surori de ocrotire, dintre cari 95 în mediul urban şi abea 145 în mediul rural nu se putea nici în cele mai optime condiţiuni de activitate să se influenţeze în mod evident mersul sănătăţii publice a unei colectivităţi care cuprinde aproape 20 de milioane de locuitori. Sunt judeţe în cari nu activează încă nici o singură soră de ocrotire, iar acolo unde ele se găsesc în număr mai mare (Sibiu, Braşov, Târnava Mare) proporţia abia atinge cifra de o soră pentru 11.083 de locuitori. Chiar şi în aceste din urmă judeţe neputându-se încă asigura condiţii optime pentru activitatea pe teren a surorilor de ocrotire, instituţia încă nu a putut da maximul de rezultate posibile. Totuşi în aceste judeţe cari dispun în total de 43 surori de ocrotire la o populaţie de 526.689 de locuitori, deci o proporţie de o soră la 12.248 de locuitori, s'au putut obţine, în deosebi în domeniul combaterii mortalităţii infantile, principala preocupare a surorilor de ocrotire, rezultate mai mult decât mulţumitoare. *Astfel, până ce mortalitatea infantilă în 1934 este de 18,2% pe ţară şi 16,6% media în Transilvania, în judeţul Sibiu mortalitatea infantilă este de 13,2%; în judeţul Târnava Mare de 12,6%, iar în judeţul Braşov abea*

de 11,9%. Aceste cifre nu sunt întâmplătoare, mortalitatea infantilă în cele 3 judeţe fiind în mod permanent cea mai mică din ţară. Aproximativ aceeaşi situaţie se constată şi în plasa Sanitară model Gilău unde activează un număr mai mare de surori de ocrotire.

Este deci fără îndoială că având un număr suficient de surori de ocrotire şi putându-se realiza condiţiuni optime de activitate pe teren prin asigurarea unei strânse colaborări cu medicii sanitari şi prin înfiinţarea de Case de ocrotire ca centre de acţiune, instituţia surorilor de ocrotire va da cele mai strălucite rezultate pentru bunul mers al sănătăţii publice şi în deosebi va putea influenţa în mod favorabil mortalitatea infantilă.

Pentru a putea însă ajunge la rezultatele dorite şi pentru a putea influenţa în mod favorabil mersul general al sănătăţii publice din ţară, se impune ca o condiţie sine qua non *sporirea numărului surorilor de ocrotire egalându-l cu acela al medicilor de circumscripţii sanitare rurale; înfiinţarea de Case de ocrotire ca centre de activitate cel puţin câte una pentru fiecare circumscripţie sanitară rurală şi asigurarea minimului de existenţă onorabilă pentru aceste organe sanitare şi de ocrotire precum şi asigurarea mijloacelor indispensabile de transport.* Luând ca bază numărul actual al circumscripţiilor sanitare rurale care este de 1195 şi substrăgând din această cifră numărul de 145 surori de ocrotire cari se găsesc azi în funcţiune în mediul rural, rezultă că ne-ar mai trebui încă un număr de 1050 surori de ocrotire numai în mediul rural pentru a putea forma cadrul minimal al acestei instituţii pe cât de utilă pe atât de necesară bunului mers al sănătăţii publice.

Acest deziderat minimal, în actualele condiţiuni nu va putea însă să se realizeze decât într'un termen foarte lung, deoarece cele trei Institute de surori de ocrotire din Bucureşti, Cluj şi Iaşi abea dacă pregătesc azi un număr de 40 absolvente anual. Dacă mai luăm în considerare şi faptul că din cadrul actual al surorilor de ocrotire care este de 240 se pensionează anual numai 10—15 (pensionările de altfel au început de câţiva ani), ar însemna că abea în decurs de 50 de ani vom putea ajunge la cadrul minimal de care avem nevoie pentru a putea influenţa în mod hotărâtor mersul general al sănătăţii publice din ţară.

Faţă de această situaţiune şi faţă de necesităţile tot mai urgente ale serviciului sanitar se impun soluţiuni urgente chemate să rezolve acestă dificilă problemă. Soluţionarea problemei o găsim posibilă pe de o parte prin crearea de cel puţin încă trei Institute noui de surori de ocrotire în centrele medicale şi sanitare mai im-

portante ale țării și prin majorarea numărului de eleve în toate institutele cari vor funcționa, iar pe de altă parte prin reducerea anilor de studii la doi ani, se înțelege după o prealabilă revizuire și reformă a programului de studii. Menținând actualul program de studii repartizat pe trei ani și continuând a face o severă selecțiune a elevelor prin admiterea aproape numai a celor ce sunt absolvente de liceu, credem că nu se va ajunge la rezultatul dorit ori de câte institute am dispune, deoarece condițiile prea grele vor face ca interesul față de această carieră să rămână cât se poate de redus. Și este firesc ca să fie așa. După opt ani petrecuți în liceu și după trei ani de studiu destul de greu în institut, cariera și remunerația care se oferă acestor absolvente este mult prea modestă în raport cu pregătirea și eforturile cari se cer. După un studiu atât de îndelungat și atât de serios, care se apropie de echivalentul studiului universitar, funcțiunea de soră de ocrotire în mediul rural remunerată cu un salar de abea 2600 lei brutto lunar, credem că nu este în măsură să atragă prea multe elemente capabile spre această carieră.

In consecință o primă măsură care se impune este o salarizare demnă și potrivită care să echivaleze cel puțin în parte cu pregătirea și misiunea importantă socială pe care o are sora de ocrotire chemată să activeze adeseori în condițiuni cât se poate de dificile în mediul nostru rural. O soră de ocrotire salariată la fel ca oricare dactilografă din serviciul statului și luptând cu mizeriile existenții de toate zilele nu va fi în stare să-și îndeplinească în mod demn și complet misiunea de educatoare și de îndrumătoare sanitară în familiile țăranilor noștri. Fără a i se asigura o existență onorabilă și fără a-i pune la dispoziție în același timp și mijloacele de transport necesare, sora de ocrotire va fi condamnată la un rol secundar și nu va fi niciodată capabilă de o acțiune care să pună în evidență întreaga ei capacitate.

O a doua măsură care se impune este crearea pentru fiecare circumscripție sanitară a unei instituții care să aibă rolul unui adevărat centru de activitate socială și sanitară atât pentru medic, cât și pentru sora de ocrotire și această instituție nu poate fi alta decât Casa de ocrotire așa după cum ea este prevăzută în articolele 149—151 din Legea sanitară. Prin instituția Casei de ocrotire se va putea stabili o legătură strânsă și organică între organele sanitare și între populație și se vor putea stabili acele condițiuni optime de activitate pe teren cari sunt indispensabile pentru a putea obține rezultatele dorite.

Aceste condiţiuni de bază odată create se va putea proceda apoi la *sporirea numărului institutelor pentru surori de ocrotire şi la majorarea numărului de eleve se înţelege după o reformă a programului de studii şi după reducerea duratei studiilor la termenul de doi ani.*

Prin realizarea acestor măsuri pe cari le socotim indispensabil necesare vom putea spera ca în termen de cel mult 10 ani să dispunem de un număr peste 1000 surori de ocrotire bine pregătite şi devotate şi având posibilitatea de a-şi desfăşura activitatea în cele mai bune condiţiuni. Abea atunci instituţia surorilor de ocrotire va intra în adevăratul ei rol, activând destoinic pe suprafaţa întregei ţări şi contribuind în mod hotărâtor la promovarea sănătăţii publice.

Dr. I. Stoichiţia.

Tipografia — Librăria — Compactoria

„Dacia Traiană", Sibiu

Piaţa Unirii Nr. 7. (Inapoi în curte)

Furnizăm :

Orice lucrări de TIPOGRAFIE cu preţuri foarte convenabile.

ARTICOLE DE BIROU : Hârtie, imprimate, caiete, cerneluri, etc., cu preţuri reduse.

CĂRŢI LITERARE, ŞTIINŢIFICE PENTRU COPII, etc. etc., cu preţuri originale.

COMPACTĂM cu preţuri convenabile : Cărţi, Registre, Reviste, Albumuri, etc. etc.

Serviciul Sanitar Judeţean, Braşov.

Vaccinările cu anatoxină difterică şi scarlatinoasă în comunele rurale ale judeţului Braşov în 1935

de **Dr. Pompiliu Nistor,** medic primar jud.

Judeţul Braşov a fost în continuu contaminat de scarlatină, aproape endemică în comunele mari şi revenind în epidemii dese în celelalte comune. Cauza credem că este apropierea comunelor de oraş, comunicaţia este foarte vie între oraş şi judeţ şi cu Bucureştii, prin legăturile bune de tren şi autobuze în toate direcţiile. La cari se adaugă faptul că aproape toate comunele de şes sunt mari, compacte şi sediul unor fabrici şi ateliere industriale, cu mulţi muncitori; că o parte a populaţiei lucră în birourile şi fabricile oraşului Braşov, iar populaţia comunelor de munte călătoreşte des la oraşe la servicii sau în diferitele părţi ale ţării ca muncitori de pădure, de unde aduc tot felul de contagiuni.

Deasemenea difteria a fost oaspe regulat în judeţ, cerând jertfe simţitoare, deşi nu s'au prezentat epidemii masive.

Din tabelele ce urmează se va vedea, că judeţul se afla în 1935 la începutul unei curbe ascendente de morbiditate de scarlatină. Era cu atât mai indicat deci a începe vaccinările.

In urma rapoartelor dela Congresul de boale contagioase dela Craiova şi a publicărilor din reviste, am aflat necesară vaccinarea simultană, în 1935, atât pentru difterie, cât şi pentru scarlatină. Atât pentru motivul că scarlatina este o boală răspândită şi cu mortalitate mare la noi, cât şi pentrucă prin o singură acţiune, cu aceleaşi eforturi, cu aceiaşi lipsă de complicaţii sau de reacţiune, se poate ajunge la o dublă imunizare; şi pentru că, conform rezultatelor arătate de Inst. de Igienă Cluj, prin Dl Dr. Turcu, prin vaccinarea simultană cu anatoxină difterică şi scarlatinoasă, se ajunge la o mai mare proporţie de imunizare, în special la scarlatină, decât prin vaccinări separate.

De aceia după ce prin hotărârea Consiliului Superior al Sănătăţii, vaccinarea cu anatoxină difterică s'a declarat obligatorie în toată ţara pentru toţi copiii în etatea între 1 şi 10 ani; şi îndată ce prin ord. Minist. Sănătăţii, judeţul Braşov a fost luat în grupul III în

care se vor face vaccinările cu anatoxină difterică, — am luat toate măsurile de realizare a vaccinării, dar nu numai contra difteriei, ci şi contra scarlatinei.

1. Vaccinări cu anatoxină Dick în 1934.

Trebue însă să menţionăm, că noi am început vaccinările, în mod benevol, deja în 1934 la epidemia de scarlatină din unele comune.

1. Astfel în comuna *Sânpetru*, cu 2700 de locuitori, a fost o epidemie începută în Febr. 1934 şi stinsă în lunie 1935, cu un total de 103 îmbolnăviri, şi cu 17 morţi. Din aceştia s'au îmbolnăvit în 1934: 62 cu 10 morţi.

Vaccinările cu anatoxină scarlatinoasă, cu Scharlach Impfstoff", preparat de „Sächsiche Serum werke" le-a început medicul practician din comună vaccinând în August 25 de copii de 3 ori la intervale de 7 zile; din aceştia s'au îmbolnăvit de scarlatină 3 în Martie 1935, 1 în Nov. 1934, toţi vindecaţi. Acelaşi medic a mai vaccinat în Apr. 1935, alţi 5 copii, din cari 1 s'a îmbolnăvit de scarlatină în Mai 1935 şi s'a vindecat.

Medicul de circumscripţie a vaccinat în Septemvrie—Decemvrie 1934, 266 elevi de şcoală între 6—12 ani şi 1 învăţătoare.

Din aceştia au primit 3 vaccinări 120.
" " " " 2 " 84.
" " " " 1 " 63.

Vaccinările s'au făcut la interval de 3 săptămâni şi 2 săptămâni. Menţionăm însă că intervalele nu au fost totdeauna exact păstrate, dându-se şi cu 1—2 zile mai înainte de termin şi după termin.

Din aceşti vaccinaţi s'au îmbolnăvit, după vaccinare 36 şi anume 5 în anul 1934, iar în 1935 în lunile Ianuarie 4, Februarie 7, Martie 13, Aprilie 1, Maiu 6. Au murit din vaccinaţi 3, toţi cu 1—2 vaccinări.

2. In circumscripţia Turcheş, cu comunele Turcheş (3075 locuitori), Cernatu (2553 locuitori) şi Baciu (2191 locuitori), cari formează, o mare aglomeraţie, în continuitate, au obvenit în 1934 8 cazuri, iar în 1935 I—IV 5 cazuri de scarlatină. Pentru prevenirea epidemiei în Noemvrie—Decemvrie 1934 medicul circ. a făcut 1195 de vaccinări la copiii între 1—10 ani, cu anatoxină Cantacuzino *scarlatinoasă şi difterică* şi anume:

736 copii cu 3 doze
82 „ „ 2 „
377 „ „ 1 „

Imbolnăviri ulterioare vaccinărilor s'au ivit 5, dintre cari 3 la vaccinaţi şi anume: 1 cu 3 doze şi 2 cu 1 doză. Vaccinările au continuat în 1935.

3. In comuna *Hărman* (3038 loc.) a fost epidemie de scarlatină: în August 1934: 4 cazuri, Septemvrie: 20, în Octomvrie 6. Vaccinările s'au făcut la sfârşitul lui Septemvrie şi în Octomvrie.

Medicul practician (sas) a făcut vaccinări la 79 copii, cu 3 doze, săptămânal, cu „Scharlach Impfstoff" dela Sächsische Serumwerke; iar medicul de circ., cu anatoxină Cantacuzino, la interval de 3 şi 2 săptămâni, atât difterică, cât şi scarlatinoasă

la 256 copii cu toate 3 dozele
23 „ „ „ 2 doze
7 „ „ „ 1 doză.

Nici unul dintre vaccinaţi nu s'a îmbolnăvit de scarlatină; epidemia în scurt timp a încetat complect.

In cloncuzie, rezultatul în Turcheş şi Hărman foarte bun concludent, în Sânpetru mai puţin.

2. Preparativele.

a) Deodată cu trimiterea instrucţiilor primite dela Minister, referitoare la anatoxină difterică, am trimis medicilor de circ. instrucţii complimentare pentru vaccinarea mixtă cu anatoxină difterică şi scarlatinoasă; am dispus să se facă catagrafia copiilor născuţi în 1924—1934 inclusiv, culegând datele din registrele stării civile, având a fi complectate în şcoli cu copiii născuţi în alte părţi şi mutaţi în comunele respective.

Am dispus, ca să se folosească pentru catagrafiere registrele pentru vaccinări variolice, făcându-se schimbările necesare întrucât aveam suficiente registre în depozit şi tipărirea de registre noui ar fi costat mult.

Am tipărit numai dovezi de vaccinări cu anatoxină, pentru cari adeverinţele dela vac. variolice nu se potriveau.

b) Aceste catagrafieri s'au şi făcut, cu ajutorul primăriilor. Obvenind însă unele cazuri când primăriile s'au sustras dela darea ajutorului necesar, s'a trimis un ordin al D-lui Prefect prin care se obligă comunele să dea ajutorul lor, punând la dispoziţia medicilor: personal pentru ţinerea ordinei; apoi materialul necesar ca siringi, ace, spirt, vată, tra de iod; şi identificând, somând, publicând şi aducând pe copii la locul de vaccinat.

Un ordin similar s'a trimis şi jandarmilor.

In urma acestora nu am mai avut plângeri, iar vaccinările au decurs cu concursul primăriilor.

O adresă s'a trimis şi revizoratului, rugându-l să pue în vederea corpului învăţătoresc să asiste pe medici la vaccinarea ele-

vilor şi să pună la dispoziţie sălile şcoalei; am avut întreg concursul învăţătorilor, cu unele mici escepţii.

c) Am procurat, pentru comunele sărace şi unde medicii nu aveau siringi şi ace suficente, siringă, ace, spirt, vată etc. din fondul sanitar judeţean.

Consiliul judeţean, apreciind munca mare ce aveau să depue medicii de circ. cu aceste vaccinări, a votat în bugetul său suma de câte 6000 Lei, ca cheltueli de deplasare şi material, fiecărui medic de circ. precum şi medicului primar judeţean; în sumă totală 84.000 Lei, sumă deja ordonanţată şi plătită.

d) Încă în Martie 1935 am cerut *Ministerului Sănătăţii*, Depozitului de Medicamente să trimită anatoxina necesară pentru 25.000 de copii.

Dela Minister am primit în decursul anului vaccinul, dar cantităţi mai mari, suficiente am putut primi numai în vară; aşa în cât vaccinarea începută în Mai, nu s'a putut efectua în toate părţile deodată, ci în măsura materialului primit. Aşa în unele circumscripţii au putut începe vaccinarea numai în toamnă, terminându-le în Octomvrie—Noemvrie. Din aceeaşi cauză a lipsei de vaccin, nu s'au putut continua totdeauna vaccinările începute în terminile normale, ci a 2-a şi a 3-a vaccinare s'a făcut în unele părţi la termine mai depărtate, de 4—6 săptămâni; însă nu credem că această întârziere a prejudiciat câştigarea imunităţii.

e) Propaganda în populaţie pentru acceptarea vaccinărilor s'a făcut încă din 1934 şi s'a continuat şi în 1935.

Terenul era însă pregătit prin numeroasele prelegeri la sate, făcute de noi personal, de medicii de circumscripţie şi de medicii români din Braşov, grupaţi în jurul „Astrei", despre boalele contagioase şi în special despre vaccinările cu B. C. G. cari sunt curente în toate comunele judeţului din 1930, la 75% din numărul născuţilor, fiind astfel populaţia familiarizată cu vaccinările preventive.

S'au ţinut numeroase conferinţe în cele mai multe comune de medicii circ., de noi şi de medicii români în jurul „Astrei", despre necesitatea, inocuitatea şi succesele vaccinărilor cu anatoxină.

Datorită acestei propagande, lumea s'a familiarizat cu vacinările şi le-a primit bucuros; ba încă s'a prezentat la vaccinări şi benevol unii dintre adulţi şi copii peste 10 ani.

3. Executarea vaccinărilor.

a) Vaccinarea a fost făcută de cei 13 medici de circ., cu concursul surorilor de ocrotire, moaşelor, învăţătorilor şi organelor primăriei la sediul fiecărei comune.

Vaccinările s'au făcut la toți copiii, fără a se cerceta prin reacțiile Dick sau Schick dacă sunt sau nu deja imuni.

Nu s'au vaccinat numai cei ce, recent și sigur, fuseseră bolnavi de scarlatină.

b) Vaccinarea s'a făcut din aceiași siringă, cu ambele vaccinuri. S'a dat din anatoxină difterică: 0.5, 1.0 și 1.5 cm. c., iar din anat. Dick: 0.5, 1.0, 2 cm. c. Intervalul între prima și a doua a fost de cel puțin 21 zile, între a doua și a 3-a cel puțin 14 zile; dar uneori a fost și mai mare, de 3—5 săptămâni, când nu am avut vaccinul necesar. Vaccinările s'au făcut întâi în școli, cu elevii, apoi cu copiii cei mici dela 1 an în sus. In circ. Turcheș s'au făcut vaccinări și la copiii între 8—12 luni fără nici un accident.

c) Vaccinările au fost bine primite în întreg județul, ivindu-se puține refuzuri. Dacă totuși numărul celor rămași nevaccinați și a celor vaccinați incomplect este relativ mare, este a se datori și distanțelor mari în comunele resfirate de munte, colaborării mai puțin perfecte între medic și primărie și chiar — nu voim să o ascundem — zelului și perseverenței mai puține a medicilor respectivi.

Iar unele vaccinări incomplecte se datoresc și reacțiunei ivite la unii dintre vaccinați, mai ales la populația mai simplă din munți.

d) Cu toate că vaccinările au fost declarate obligatorii nu am făcut uz de aplicarea de amenzi la cei neprezentați, considerând că a fost primul an de încercare, rezervându-ne dreptul — ceeace s'a și publicat locuitorilor, — ca amenzile să le aplicăm în anul 1936 celor ce s'ar sustrage din nou.

e) Intrucâtva vaccinările au fost împiedecate sau prelungite de epidemia de pojar, care în 1935 a atins aproape toate comunele județului; mai ales unde pojarul s'a ivit în cursul vaccinărilor deja începute.

Din cauza pojarului nu s'au făcut vaccinări în Feldioara, singura comună care a rămas fără vaccinări și unde pentru această cauză figurează ca amânați toți înscriși (420).

f) Pentru evidența vaccinărilor, am pregătit tablouri, cu cari medicii trebuiau să raporteze lunar vaccinările efectuate, arătându-se câte vaccinări s'au făcut cu 1-a doză, cu a 2-a sau cu a 3-a, numărul celor absentați și numărul celor îmbolnăviți de scarlatină sau difterie, dintre cei vaccinați. Iar la sfârșitul campaniei, un alt tablou despre întreaga campanie, cu toate rezultatele.

Cei vaccinați au primit — sau au trebuit să primească un certificat, care să le servească și la înscrierea în școală, conform dispozițiilor Ministeriale; acest certificat în toamna anului 1935/36 nu a prea fost cerut de direcțiunile școalelor primare.

In catagrafie — eliminându-se cei morți, au fost înscriși în cele 47 comune ale județului 25.024 copii. Din aceștia nu au putut fi identificați sau s'au mutat din comunele de naștere: 1743 de copii.

Nu s'au prezentat din diferite cauze, — între cari în unele comune resfirate, de munte, va fi fost și faptul că n'au fost anunțați sau n'au putut fi aduși din cauza depărtărilor — 1361 de copii.

S'au prezentat și au fost amânați pentru diverse boale, debilitate etc. 190 copii, iar 420 din Feldioara din cauza pojarului amânați pe 1936.

Au fost vaccinați cu numai o doză 2.773
„ „ 2 „ 1.834
„ toate 3 dozele 16.703
Total vaccinați . 21.310

Pentru evidențiarea rezultatelor, dăm tabloul vaccinărilor pe circumscripții.

Nr. crt.	Circumscripția sanitară	Comune	Inscrieri la vaccinare	Neaflați mutați	Nu s'au prezentat	Amânați scutiți	Vaccinați cu doze 1	2	3	Total	Medicul
1	Bod	2	1062	84	—	17	2	55	904	961	Dr. Fr. Klein
2	Bran	4	1506	44	—	34	9	18	1401	1428	Dr. A. Stoian
3	Moeciul de jos	6	1872	54	178	19	164	476	981	1621	Dr. Fl. Ionescu
4	Codlea	3	2129	339	4	14	23	21	1728	1772	Dr. I. Stoia
5	Feldioara	4	1337	8	—	423	19	2	885	906	Dr. Gh. Brătănescu
6	Intorsura Buzăului	4	3454	—	608	—	1274	559	1013	2846	Dr. Gh. Birț
7	Prejmer	5	3107	499	65	36	192	98	2217	2507	Dr. V. Secheli
8	Râșnov	4	2363	76	48	40	164	168	1867	2199	Dr. Gh. Neguș
9	Satulung	1	624	1	—	4	105	11	503	619	Dr. I. Crăciunel
10	Țânțari	4	1499	74	193	19	217	210	786	1213	Dr. N. Istrăteanu
11	Tărlungeni	4	2068	247	214	1	231	114	1261	1606	Dr. N. Tompa
12	Turcheș	3	2042	128	15	1	328	16	1554	1898	Dr. A. Cojocaru
13	Zărnești	3	1961	189	36	2	45	86	1603	1734	Dr. A. Gogonea
	Total	47	25024	1743	1361	610	2773	1834	16703	21310	

Se constată de aici, că cele mai bune rezultate s'au ajuns în circ. Feldioara, Bod, Bran, Zărneşti; iar cele mai puţin bune în circ. Moeciul de jos şi întorsura Buzăului, circ. eminamente de munte, cu cătune răsfirate, precum şi în circ. Ţânţari şi Târlungeni, cari nu pot avea scuza munţilor, fiind comune compacte de şes. La aceste circumscripţii sunt mulţi nu numai ceice nu s'au prezentat, ci şi ceice au rămas cu vaccinarea neisprăvită.

Pe toţi cei neprezentaţi, cu vaccinări neisprăvite i-am luat în catagrafia pe 1936, pentru a fi chemaţi din nou la vaccinare.

h) Reacţiuni deosebite, afară de mici ascensiuni de temperatură, edemul şi eritemul local şi dureri locale, nu s'au produs. Chiar aceste reacţiuni au fost mai accentuate la copiii mai mari, peste 10 ani. Cei câţiva adulţi cari au cerut vaccinarea (învăţători) au făcut febră mai mare, dar fără nici o urmare.

In special nu s'au ivit simptome meningeale, ori erupţiuni cutanate generalizate.

4. Rezultate.

Pentru a putea judeca rezultatele, trebue în prealabil să arătăm care a fost decursul epidemiilor cu scarlatină şi difterie în judeţ în ultimii 12 ani şi în special în lunile anului 1935.

Acestea ies mai evident în vedere din graficele ce urmează:

a) *Grafica I—II. Scarlatina* în 1924 se afla pe panta descendentă a curbei numerice de îmbolnăviri; dela 1927 curba a crescut până la 1930, a scăzut treptat până la 1932, pentru ca să crească din nou cu 1933. După 1934 în 1935 însă — anul vaccinărilor generale, — curba se află în oprire.

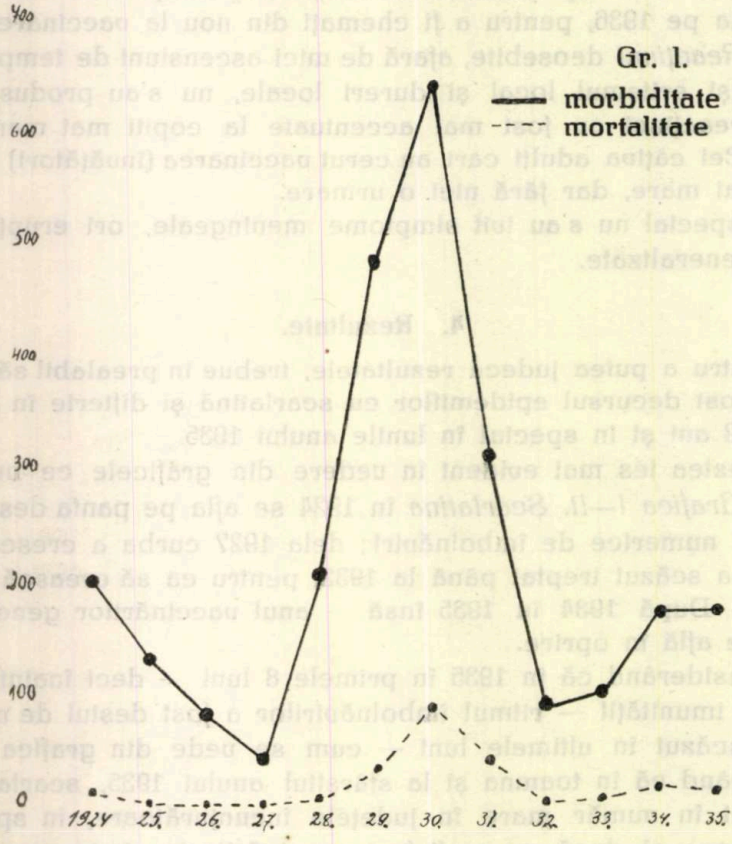
Considerând că în 1935 în primele 8 luni — deci înainte de începerea imunităţii — ritmul îmbolnăvirilor a fost destul de viu, care ritm a scăzut în ultimele luni — cum se vede din grafica II., mai considerând că în toamna şi la sfârşitul anului 1935, scarlatina s'a prezentat în număr mare în judeţele încunjurătoare, în special în Treiscaune; şi dacă nu ar fi fost vaccinările în nimic nu ar fi împiedecat ca epidemia să se reverse şi la noi, în vecinătate; că toamna este totdeauna şi în toate părţile sezonul de creştere bruscă a scarlatinei, ceeace la noi a lipsit; trebue să conchidem că oprirea curbei ascendente din 1935 trebue să o atribuim vaccinărilor cu anatoxină.

Prin aceste vaccinări nu numai s'a imunizat partea cea mai mare din copii, cari sunt mai atinşi de această boală; dar prin imunizarea lor s'a sustras dela propagarea contagiunei cel mai important sector de contagiune, care este totdeauna tinerimea preşcolară din şcoalele de copii mici şi şcolară din şcolile primare.

Tot din aceste grafice se vede că mortalitatea prin scarlatină a urmat fidel curba de îmbolnăviri, pentru ca numărul morților să scadă în lunile VIII.—XII. ale anului 1935 la 3, față de 12 din celelalte 7 luni.

Morbiditatea și mortalitatea de scarlatină între 1924—1935 în com. rurale jud. Brașov.

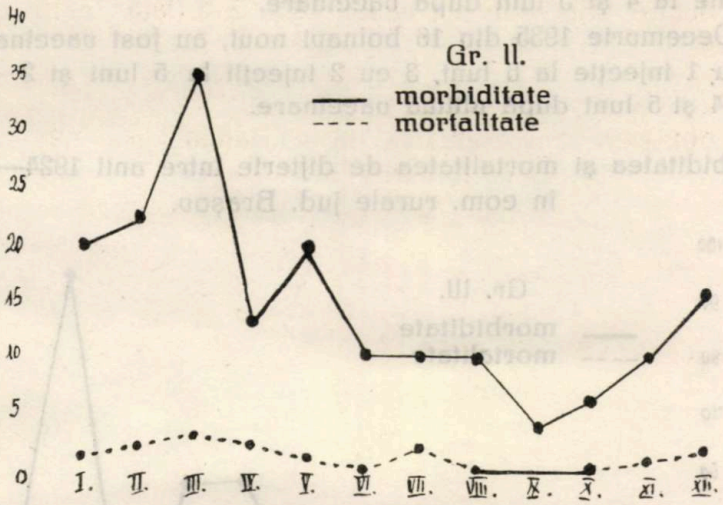
Gr. 1.



In rezumat credem că putem conchide, că vaccinările cu anatoxină scarlatinoasă au împiedecat creșterea epidemiei de scarlatină care se afla în faza de înălțare a curbei numerice, prin imunizarea directă și prin eliminarea factorului de contagiune, eliminând dintre aceștia pe cei vaccinați.

Tot astfel se poate spune că vaccinarea a atenuat virulența boalei, cel puțin la cei vaccinați, dacă nu cumva a fost influențată virulența boalei în sine, scăzând așa de simțitor mortalitatea;

Morbiditatea şi mortalitatea de scarlatină pe luni în 1935 în com. rurale jud. Braşov.



b) Graficile III. şi IV. arată îmbolnăvirile şi mortalitatea prin difterie în ultimi 12 ani şi pe luni în 1935.

Se va vedea că difteria nu se prezintă în curbă regulată ci în mod neregulat şi că mortalitatea nu urmează curba numerică a morbidităţii, ci variază din an în an, după gravitatea infecţiei şi — adaugem — după energia şi timpul mai mult sau mai puţin tardiv al tratamentului cu ser.

In special se va constata că atât morbiditatea, cât şi mortalitatea au scăzut vertiginos din Iulie 1935, după începerea vaccinărilor din Mai—Iunie. Numai în XI. 1935 am avut o creştere a cazurilor, toate la nevaccinaţi.

Ceeace denotă în plus, că dacă nu ar fi fost vaccinările, contagiunea care este latentă şi există la purtători, s'ar fi manifestat prin îmbolnăviri mai dese, dacă nu ar fi aflat un teren imunizat la partea cea mai mare a copiilor.

c) Vom arăta cari au fost îmbolnăvirile de scarlatină şi difterie la cei vaccinaţi, începând cu 1935, adică cuprinzând şi pe îmbolnăviţii în 1935 din cei vaccinaţi în 1934.

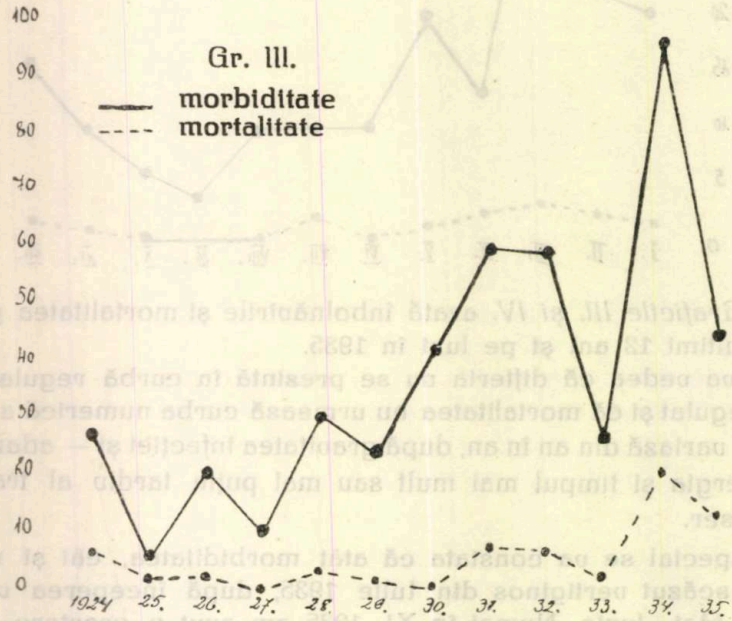
1. Dintre cei vaccinaţi, s'au îmbolnăvit de *scarlatină :*

Până la sfârşitul lui Octomvrie 1935: 7, din cari 2 cu 1 doză de vaccin, 3 cu 2 doze şi 2 cu 3 doze. După timp: 2 la 2 săptămâni, 3 la 1 lună după ultimul vaccin, toţi aceştia cu 1—2 vaccinări; iar două cu 3 vaccinări: la 4 şi 6 luni după ultima vaccinare.

In Noemvrie 1935 din 10 bolnavi, au fost vaccinaţi 7. Din cari 1 cu 2 vaccinări, la 5 luni după vaccinarea ultimă, iar 6 cu toate 3, vaccinările la 4 şi 5 luni după vaccinare.

In Decemvrie 1935 din 16 bolnavi noui, au fost vaccinaţi 6, din cari 1 cu 1 injecţie la 6 luni, 3 cu 2 injecţii la 5 luni şi 2 cu 3 injecţii la 4 şi 5 luni după ultima vaccinare.

Morbiditatea şi mortalitatea de difterie între anii 1924—1935 în com. rurale jud. Braşov.



In Ianuarie 1936 din 12 bolnavi noui, au fost vaccinaţi 8, toţi cu 3 vaccinări, cu forme foarte uşoare.

Mai menţionăm că dintre înbolnăviţii fără vaccinare în Ianuarie 3 au fost peste etatea de 15 ani, adică din etăţi cari nu au fost supuse vaccinării; dovedind că contagiul există, dar n'a putut lua priză în acele comune decât la nevaccinaţi.

Recapitulând avem următoarele cifre:

Din luna Iulie 1935 încoace inclusiv Ianuarie 1936, s'au înbolnăvit de scarlatină 68 de inşi; din cari vaccinaţi au fost 29 şi anume:

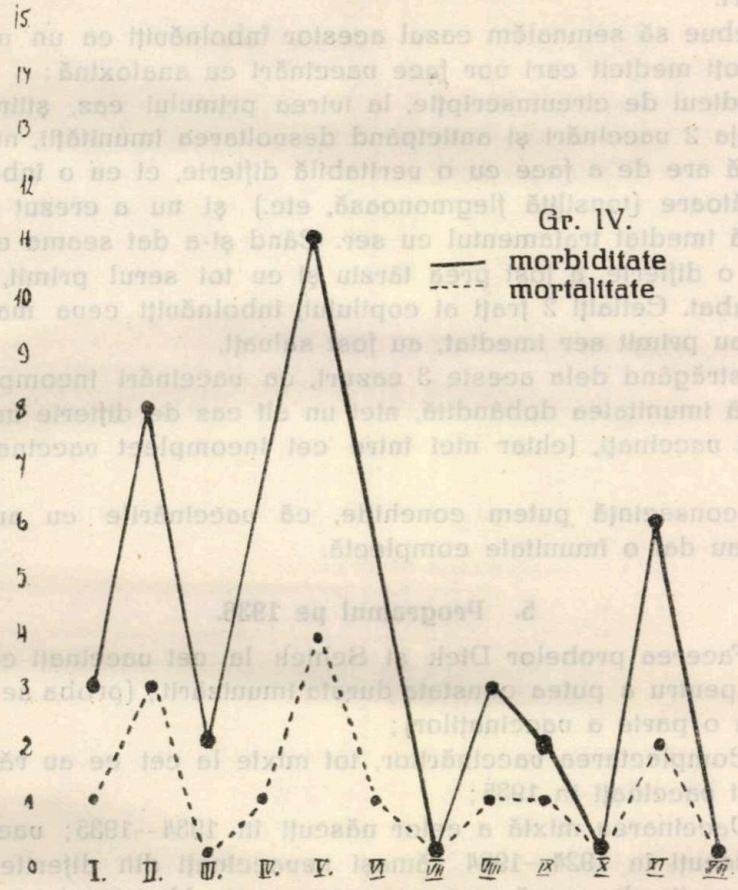
19 cu vaccinări complecte
7 „ incomplecte 2 doze
3 „ „ „ 1 doză.

Concluzia acestor cifre este că imunitatea după vaccinări — cel puţin la 4—6 luni după vaccinare — nu mai este generală.

Dar totuşi partea cea mai mare a vaccinaţilor este imună şi chiar dacă face o scarlatină, face o formă benignă.

Nici unul dintre vaccinaţii din 1935 şi îmbolnăviţi, n'au murit în urma scarlatinei.

Morbiditatea şi mortalitatea de difterie pe luni în 1935 în com. rurale jud. Braşov.



Considerând că din cei catagrafiaţi au rămas nevaccinaţi şi vaccinaţi incomplect 6538; că din cei 68 de îmbolnăviţi după începerea campaniei de vaccinări sunt 60 din cei luaţi în catagrafie, (între 1—20 ani), adică dintre cei 6538; urmează că din aceşti nevaccinaţi s'au îmbolnăvit de scarlatină 0,92%.

Iar din cei 16,703 vaccinaţi complect îmbolnăvirile fiind de 19, urmează că din aceştia s'au îmbolnăvit 0,11%.

Aceste proporţii, deşi nu pot fi considerate definitiv, concludente, din cauza timpului scurt trecut dela încheerea vaccinărilor, totuşi par a dovedi o imunizare a părţii celei mai mari din vaccinaţi.

2. De *difterie* s'au îmbolnăvit în 1935: 35 înainte de începerea vaccinărilor şi 11 după începerea vaccinărilor; iar în Ianuarie 1936: 2 cazuri. Din aceşti 13, au fost vaccinaţi: 3 cu câte 2 doze, la 44 zile după ultima vaccinare, toţi fraţi în o familie, din cari 2 vindecaţi şi 1 mort.

Trebue să semnalăm cazul acestor îmbolnăviţi ca un memento pentru toţi medicii cari vor face vaccinări cu anatoxină:

Medicul de circumscripţie, la ivirea primului caz, ştiind că a făcut deja 2 vaccinări şi anticipând desvoltarea imunităţii, nu a putut crede că are de a face cu o veritabilă difterie, ci cu o îmbolnăvire asemănătoare (tonsilită flegmonoasă, etc.) şi nu a crezut necesar să-i facă imediat tratamentul cu ser. Când şi-a dat seama că are a face cu o difterie, a fost prea târziu şi cu tot serul primit, copilul a sucombat. Ceilalţi 2 fraţi ai copilului, îmbolnăviţi ceva mai târziu şi cari au primit ser imediat, au fost salvaţi.

Abstrăgând dela aceste 3 cazuri, ca vaccinări incomplecte şi deci fără imunitatea dobândită, nici un alt caz de difterie nu s'a ivit între cei vaccinaţi, (chiar nici între cei incomplect vaccinaţi după acces).

In consecinţă putem conchide, că vaccinările cu anatoxină Ramon au dat o imunitate completă.

5. Programul pe 1936.

1. Facerea probelor Dick şi Schick la cei vaccinaţi complect în 1935, pentru a putea constata durata imunizării; (proba se va face numai la o parte a vaccinaţilor);

2. Complectarea vaccinărilor, tot mixte la cei ce au rămas incomplect vaccinaţi în 1935;

3. Vaccinarea mixtă a celor născuţi în 1934--1935; vaccinarea celor născuţi în 1924—1934 rămaşi nevaccinaţi din diferite cauze. Pentru aceştia din urmă vom cere autorizaţia Ministerului, conform ordinelor în vigoare;

4. O injecţie de reactivare, la toţi cei vaccinaţi complect în 1935; aceasta depinzând şi de rezultatul probelor de reacţiune de sub 1.

Dacă vom primi autorizările necesare şi vom avea la dispoziţie materialul necesar, credem să putem da peste un an concluzii mai concludente şi asupra vaccinărilor cu Dick.

BIOTONICUM

ROBORANT - TONIC - STOMACHIC

este o **soluție coloidală** de **fier** și **mangan** cu gust agreabil combinat cu **fosfor** și **arsen** în forma **cea mai activă**.

Prețul de vânzare: 1 fl. de 250 gr. cu și fără arsen **Lei 98·—**

Modul de acțiune: Formarea **ferului și manganului redus în statu nascendi** — adecă în starea **cea mai resorbabilă și asimilabilă.** Din cauza aceasta, de un efect inevitabil și de o **toleranță stomaco-intestinală perfectă.**

Biotonicum prezintă deci, mijlocul suveran pentru tratarea **stărilor anemice și urmările lor.**

Având în vedere conținutul de **fosfor** și **arsen** in forma numită în afară de aceste

mai e indicat:

la **boale nervoase,** în **neurastenie,** în **astenie** și **surmenaj general,** în **convalescență,** în **tuberculoză generală** și **pulmonară,** în **diatezele exudative, rachitism,** în **boalele tubului digestiv** și a le **nutriției, eczemele cronice** etc.

Ca **tratament nespecific** dă **rezultate prețioase** în **Balneo-Helio-Hidro-și-Electroterapie.**

Din cauza gustului și toleranței bune, e un preparat de primul rang cu **efect sugestiv și un stimulent de îndreptare.**

Dosare: De 3 ori la zi câte 1 lingură la adulți sau linguriță la copii.

Desfacerea produsului: Farmacia O. ALESI, Sebeș-Alba

O anchetă pentru depistarea cazurilor de sifilis

în comunele: Râmeţi, Ponor şi Geogel, din circumscripţia sanitară Ponor, judeţul Alba.

Dr. Tilicea Ion,
Medic circumsc. Mediaş.

Luna Septemvrie 1935.

Sifilisul în Munţii Apuseni, prin frecvenţa lui mare, rămâne un pericol de ordin social şi mai ales naţional, prin pierderile cari le cauzează capitalului biologic, atâta timp cât serviciul sanitar nu va fi astfel organizat, încât să se înfiinţeze Dispensare numeroase, cari să aibă drept ţintă, combaterea bolilor cu caracter medico-social.

Puţinele Dispensarii cari funcţionează astăzi în Munţii Apuseni, sunt insuficiente pentru ca să servească întreaga populaţie. In situaţia de azi un bolnav de sifilis, e pus uneori în imposibilitate de-a căuta Dispensarul pe distanţă de 30—40 Km., care distanţă nu se poate parcurge decât „per pedes" sau călare; căile de comunicaţie nepermiţând transportul cu un vehicul mai comod.

Observând de aproape starea sanitară a populaţiei din Munţii Apuseni, timp de un an şi jumătate, m'am hotărît să încep o anchetă pentru descoperirea cazurilor de sifilis, care în acest mediu se manifestă în mod vădit prin o mulţime de avorturi, numeroase cazuri de mortinatalitate şi mortalitate infantilă.

Ancheta s'a efectuat cu concursul moral şi material al Despărţământului „Astra" din Aiud, al cărei a harnic vicepreşedinte e dl Dr. Gruiţa Teodor. In decursul lunei August, Dumineca şi în sărbători, s'a procedat la o propagandă prin conferinţe pentru pregătirea populaţiei. Această propagandă a fost susţinută şi de preoţii şi învăţătorii locali prin viu grai în biserică şi şcoală, explicând rostul şi importanţa anchetei.

Astfel în decursul lunei Septemvrie cu un grup de şase-şapte medici, s'a început ancheta în zilele de Dumineci în comunele: Geogel

în 2 Septemvrie, Râmeţi în 9 Septemvrie şi Ponor în 16 Septemvrie 1934. Faptul că aceste comune se întind pe o suprafaţă foarte mare — neflind compacte ca cele dela şes — de exemplu, comuna Râmeţi cu 2200 locuitori, are o suprafaţă de 176 Km.^{2}, ceeace ne-a împiedecat să cercetăm familiile în căminul lor, silindu-ne să concentrăm populaţia în ziua fixată la primării şi şcoli.

Technica urmată în decursul anchetei a fost următoarea: fiecare persoană era examinată minuţios insistându-se mult asupra antecedentelor personale şi heredocolaterale, întocmindu-i-se o fişă personală, cu toate datele. Dacă medicul examinator credea necesară analiza de laborator a seroreacţiei Bordet-Wassermann, era trecut bolnavul în altă cameră, unde un medic se ocupa numai de ridicarea probelor de sânge. Bolnavii aflaţi că suflr de tuberculoză pulmonară erau îndreptaţi pentru a doua zi la Sanatorul din Aiud, unde li se făcea controlul radiologic. Obţinând o cantitate suficientă de medicamente dela Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, în cazurile indicate se distribuiau şi medicamente.

Probele de sânge se transportau a doua zi la Laboratorul Regional de Igienă Cluj, care ne comunica rezultatul reacţiei după câteva zile.

Inainte de a înşira rezultatul anchetei, ne permitem a expune câteva consideraţii generale referitoare la starea materială, culturală şi morală. Populaţia acestor comune (cari au o altitudine de 1000—1200 m.) se ocupă cu creşterea vitelor şi în parte cu agricultura.

Locuinţele lor, construite din bârne de lemn sunt cât se poate de necorespunzătoare, locuite fiind de 4—6 persoane, cu un cubaj mic, luminaţie şi aerisire insuficientă. Majoritatea locuinţelor au câte o singură încăpere cu mobilier cât se poate de primitiv şi sărăcăcios. Alimentaţia e insuficientă, exclusiv cu lapte şi derivatele lui. Pe tot întinsul acestei regiuni nu se găseşte nici o măcelărie şi nu au nici obiceiul tradiţional de a tăia câte un porc în lunile de iarnă. Porumbul care serveşte ca alimentaţie de bază ţăranului român, aci lipseşte aproape cu desăvârşire, fiindcă pământul e neproductiv şi sunt siliţi să-l procure cu mari greutăţi din regiunile de şes. Numai cunoscând starea materială şi împrejurările nehigienice în care trăesc ne putem explica paradoxul ce-l constitue frecvenţa tuberculozei pulmonare în rândurile acestor locuitori.

Din punct de vedere cultural putem spune că aproape toţi cei trecuţi peste vârsta de 30 ani sunt analfabeţi.

Cât priveşte morala care s'a depreciat în aceste regiuni, cred că e suficient să urmărim câteva date culese din comuna Râmeţi

cu 2195 locuitori. Numărul concubinajelor cunoscute în această comună e 42, iar din 1913 şi până în anul 1934 s'au înregistrat 201 copii ilegitimi. Promiscuitatea sexuală extraconjugală e foarte răspândită. Numai aşa ne putem explica faptul grav că în decursul anchetei 60—80% dintre bărbaţi au recunoscut în antecedente scurgeri uretrale şi complicaţii de epididimită şi orchită. Datorită complicaţiilor se găseşte un foarte mare număr de familii fără copii. Numărul total al locuitorilor celor trei comune e 4127. S'au prezentat la examenul medical 685 persoane. La femeile cari s'au examinat, s'au descoperit în antecedente 105 avorturi spontane, naşteri premature sau cazuri de mortinatalitate.

Dăm mai jos un tablou care reprezintă mortalitatea generală, mortalitatea infantilă, natalitatea şi excedentul în aceste comune în ultimii 4 ani:

	Ponor	Geogel	Râmeţi
Naşteri la ‰ locuitori:	32 ‰	26.19‰	31.21‰
Morţi la ‰ locuitori:	26.19‰	26.19‰	27.97‰
Excedent nat.	3.71‰	0 ‰	3.34‰
Mortalit. inf.	19.78%	19.7 %	20.78%

Din totalul de 685 prezenţi la examenul medical, s'au descoperit 189 cu sifilis (hereditar, latent, secundar, terţiar şi cvaternar) dintre cari 119 Bordet-Wassermann pozitivi, restul diagnosticaţi în urma examenului fizic şi al antecedentelor. In total s'au ridicat 417 probe de sânge pentru reacţia Bordet-Wassermann (dintre cari 119 pozitivi).

La această cifră de 189 mai adăugăm cazurile descoperite şi tratate parţial de Spitalul Judeţean Aiud şi de medicul circumscripţiei, în număr de 56; deci cunoscute şi înregistrate 245 cazuri de sifilis la un număr de 4127 locuitori, ceeace dă un procent de 5.93%. Acest procent de 5,93% nu arată starea de fapt, fiindcă s'a examinat numai 1/6 din totalul populaţiei. Dacă raportăm 189 cazuri cu sifilis la 685 persoane examinate, ajungem la 28% sifilis, procent care se poate obiecţiona conchizând că s'au prezentat la examenul medical mai mult cei suferinzi.

Pentru a ne apropia cât mai mult de starea de fapt şi pentru a nu cădea într'o extremă sau alta, dăm media acestor procente care ar reprezenta frecvenţa sifilisului în această regiune: $\frac{6+28}{2} = 17\%$

Cu tuberculoză pulmonară s'au descoperit 42 cazuri, forme fibro-cazeoase, cavitare şi scleroase, controlate ulterior în Sanatorul Aiud.

Afecţiunile de altă natură întâlnite în decursul anchetei la cele 685 persoane examinate, sunt următoarele:

Guşă simplă	8
Sindrome gastrice	55
Sindrome cardiovasculare	31
Uretrite blenoragice	8
Sindrome reumatismale	28
Cancer (Gastric, uterin)	6
Malarie	3
Afecţiuni genitale (femei)	10
Conjunctivita granuloasă	2
Conjunctivite simple	22
Cheratite	3
Pterigeon	8
Afecţiuni ale pielei	28
Afecţiuni ale aparat. respir. (bronşită, emfizem, astm.)	21
Pleurezii exudative	3
Enterite, Enterocolite	9
Hernii (Hydrocel)	14
Epilepsie	4
Parkinson	1
Anemie (Clorozâ)	11
Cefalee	30
Altele	15
Total	320
Sifilis (descoperit în anchetă)	189
Sifilis (cunoscut anterior)	56
Tuberculoză pulmonară	42
Total general	607

Deci din 685 persoane examinate s'au găsit suferinde 607. S'au distribuit medicamentele necesare la 332 bolnavi. Accentuăm că în urma anchetei de mai sus s'au primit cantităţile necesare de Neosalvarsan dela Ministerul Sănătăţii pentru a administra o serie la toţi bolnavii atinşi de sifilis, ceeace s'a şi realizat în primăvara anului 1935, de către medicii din Aiud, în frunte cu Dr. Gruiţa.

Medicii participanţi la anchetă şi la administrarea dozelor de Neosalvarsan mai sus amintite sunt: Dr. Teodor Gruiţa, Dr. Aurel Radu, Dr. Anton Schaum, Dr. Teodor Mara, Dr. V. Stoica din Aiud, Dr. Alex. Crăciun, Teiuş.

Personal ajutător: D-na Höhr, Soră ocrot. Aiud, dl N. Gligor, laborant, Aiud.

Având aceste date concludente cari arată frecvența și pericolul sifilisului în această regiune, e imperios necesară înființarea unui Dispensar în comuna Ponor, care să servească cele 3 comune, în primul rând pentru combaterea sifilisului.

E de remarcat că populația acestor comune e foarte conștientă de gravitatea acestei plăgi sociale și au pus la dispoziția viitorului Dispensar edificiul necesar. On. Ministerul Sănătății ar trebui să numească un medic pentru acest Dispensar, care să fie bine retribuit, luând în considerare că trebue să trăiască într'o regiune de munte, fără mijloace de comunicație și la o distanță de 45 Km. de orașul Aiud.

Rezultatele detailate ale anchetelor medico-sociale din judeţul Sibiu

Comuna Săsăuşi

Comuna Săsăuşi se află la marginea înspre răsărit a judeţului Sibiu. Populaţia este pur românească cu izvoare de câştig foarte modeste în urma agriculturii care formează singura ocupaţie a locuitorilor. Având căi de comunicaţie foarte greu accesibile, comuna a rămas izolată de contactul cu comunele vecine şi prin aceasta a rămas într'o stare de inferioritate atât culturală, cât şi economică faţă de comunele din jur.

Ancheta s'a executat în ziua de 4 Februarie 1934 de o echipă compusă din 18 medici, 1 farmacist, 4 surori de ocrotire, 1 moaşă şi 1 om de serviciu.

Numărul locuitorilor este de 804 dintre cari s'au examinat 771 persoane adecă 95.9% a populaţiei.

Constatări generale

Starea materială a familiilor a fost găsită bună în 16.3%, mediocră 71% şi rea în 12.7%.

175 case au o singură cameră de locuit cu un total de 648 persoane adecă 3.6 persoane pe cameră;

11 case cu 2 camere de locuit şi un total de 58 persoane deci 2.5 persoane pe cameră;

3 case cu 3 camere şi un total de 15 persoane revenind 1.6 persoane pe o cameră.

Distribuţia populaţiei după scara lui Sundbärg dă următoarele:

grupul 0—14 ani = 29.7%
„ 15—49 „ = 49%
„ dela 50 ani în sus = 23.3%

In ziua anchetei se aflau în viaţă 7 persoane între 80—90 ani, o femeie de 98 ani şi alta de 100 ani.

Constatări medicale

Din cei 771 locuitori examinați 224 au fost aflați suferind de diferite maladii, iar restul sănătos.

Tuberculoza a fost diagnosticată în 6 cazuri dintre cari 4 forme pulmonare și 3 osoase. Dintre cele 4 cazuri de tuberculoză pulmonară, 1 caz este tuberculoză activă, restul fără manifestațiuni clinice.

Sifilisul s'a depistat în 5 cazuri, toate forme clinice latente descoperite numai prin reacția Wassermann. S'au executat 37 analize de sânge pentru sifilis cu 5 rezultate pozitive și 32 negative.

Tumori maligne nu s'au găsit.

Afecțiunile aparatului respirator au fost în număr de 22, dintre cari cele mai frecvente sunt bronșitele cronice.

Aparatul circulator este trecut cu 8 afecțiuni.

Aparatul digestiv cu 13 afecțiuni dintre cari 10 gastrice și 3 intestinale.

Aparatul uro-genital cu 10 cazuri dintre cari cele mai frecvente afecțiuni ginecologice.

Bolile pielei sunt diagnosticate cu 13 cazuri, boli de ochi 11, boli de nas-gât-urechi 12, iar nervoase 9.

Extracții dentare s'au executat 77.

S'au notat 6 gușați și 2 surdo muți.

Medicamente gratuite s'au distribuit la 227 persoane.

Spesele anchetei au fost de 7106 Lei, ceiace ar da 9.20 Lei de cap de locuitor examinat.

Comuna Aciliu

Comuna Aciliu se află așezată aproape de Săliște la o mică distanță dela șoseaua națională Sibiu—Alba-Iulia. Populația e pur românească având ca ocupație principală agricultura care îi asigură un izvor de câștig foarte modest.

Nivelul cultural al locuitorilor se află puțin peste media comunelor noastre românești.

Ancheta s'a executat în ziua de 4 Martie 1934, luând parte 21 medici, 1 farmacist, 3 surori de ocrotire, 1 moașă și 1 om de serviciu.

Numărul locuitorilor comunei este de 1151 suflete dintre cari s'au examinat 1057 deci 91.9% a populației totale.

Constatări generale:

Starea materială a familiilor a fost găsită bună în 32 cazuri (12.6%) mediocră în 213 cazuri (84.1%) și rea în 8 cazuri (8.8%).

36 case cu o singură cameră de locuit cu un total de 133 persoane, dând deci media de 3.8 persoane pe cameră;

129 case au 2 camere de locuit cu 617 persoane în total revine deci aici 2.3 persoane pe cameră;

74 case sunt cu 3 camere de locuit şi 357 persoane deci în condiţiile de aici avem 1.6 persoane pe cameră.

Distribuţia populaţiei după scara Sundbärg ne dă următoarele:

grupul 0—14 ani = 27.9%
„ 15—49 „ = 48.0%
„ peste 50 ani în sus = 24.1%

Constatări medicale

Din cei 1057 locuitori examinaţi 165 au fost aflaţi suferind de diferite maladii, iar restul sănătos.

Tuberculoza a fost diagnosticată în 5 cazuri cu 8 forme pulmonare şi 2 ganglionare fistulizate.

Sifilisul a fost diagnosticat în 2 cazuri, 1 caz de lues congenital şi altul de sifilis nervos. Reacţia Wassermann s'a executat cu 1 rezultat pozitiv şi 55 negative.

Afecţiunile aparatului respirator sunt notate cu 12 cazuri, toate maladii curente cronice.

Aparatul cardiovascular este trecut cu 13 afecţiuni (lesiuni valvulare, arterioscleroză, miocardită).

Aparatul digestiv cu un total de abia 15 afecţiuni dintre cari 8 gastrice şi 7 intestinale.

Aparatul urogenital cu 5 cazuri, toate maladii ginecologice.

Sistemul nervos cu 11 cazuri, afecţiuni cutanate 21, oculare 24, nasale 8, laringeane 7, de urechi 18.

S'au notat 10 guşaţi, 2 cretini, 1 surdo-mut şi 1 alienat.

Extracţii dentare s'au executat 146.

Medicamente gratuite s'au distribuit în 254 cazuri.

Spesele anchetei s'au ridicat la 5553 Lei, dând medie de 2.50 Lei de persoană examinată.

Dr. I. Stoichiţia
Dr. I. Cosma

In timpul iernii

La tuse

Ipecopan

Favorizează expectoraţia, calmează tusea

Dosarea :

Tablete de Malţ 1—2 tablete de 4 ori pe zi
20—40 picături 3 ori pe zi

La coriza

„Calcium - Sandoz“

Reduce inflamaţia şi exudaţia

Dosarea :

Praf. 1 lingură plină de 3—4 ori pe zi
Tablete. 6 —12 tablete la zi

La dureri de cap

Optalidon

Analgeticul bine suportat

Dosarea :

1—2 tablete după necesitate de mai multe ori pe zi

Fabrica chimică

fostă

SANDOZ, BASEL (ELVEŢIA)

Angiospasme **Angină pectorală**

Asthm

AGATHEOSAN

drageuri **Dr. WANDER**

Conţine:

Theobromină pură	0.25	gr.
Acid. phenylaethylbarbit.	0.02	„
Nitroglycerină	0.0005	„

Se înghit zilnic 3—4 drageuri pentru a preveni accesele anginoase

Mostre şi literatură serveşte la cerere

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice

BUCUREŞTI VI., Strada Cazărmii Nr. 89.

Laboratoires **MARONNEAU-MOREL**

156, rue des Fauvelles **Courbevoie — France**

ATOLYSAN

(granulat efervescent)

Diuretic—Antiseptic urinar—Urocolitic

COMPOZIŢIE:

Acest complex cuprinde **diferiţi urocolitici** asociaţi în mod raţional. Acţiunea lor este favorizată prin adăogirea de **theobromina** ceeace măreşte cuantumul diurezei şi în mod indirect puterea de eliminare a urinei. Prezenţa **Hexametilentetraminei** asigură dealtfel antisepsia căilor urinare.

Constitue un medicament foarte activ al manifestărilor urinare.

INDICAŢIUNI: **Gută—Reumatism—Artritism.**

DOZE: Preventiv: 3 linguriţe pe zi într'un pahar cu apă.
Curativ: 3 linguri pe zi într'un pahar cu apă.

Eşantioane şi literatură

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.

Str. Zorilor 2 — BUCUREŞTI.

Profesor Dr. F. Spirito: **Cistifellea e gravidanza.**

1. Modificazioni structurali: — Atti della R. Academia dei Fisio critici in Siena. Vol. III. Nr. 5. Siena 1935. (Vezicula biliară în gravidenţă. 1. modificaţiuni structurale).

Bazat pe faptul că femeile prezintă o deosebită predispoziţie la calculoză biliară mai ales în decursul gravidanţei, autorul caută să clarifice experimental acest fapt ce mai ales în ultimul timp a atras atenţia la numeroşi autori.

Trece în revistă întreaga gamă a celor ce mai mult sau mai puţin s'au ocupat de acest subiect (O. Amato, Gmelin, Beck, Aaron, Fogelson, Naegeli, Clauser, Benda, Croosen şi Moore, Wietacker şi Emerson, Chiray şi Pavel, Backmeister, Pribam, Scheffer, Medack, Funck, Băltăceanu, Vasiliu, Cataneo, Paraschiv, Lino, etc. etc.

Cu toată literatura kilometrică a cercetărilor ştiinţifice pe acest teren, nu s'a putut tot şi pe deplin clarifica raportul real ce există între vesicola biliară şi gravidanţă.

Vesicola biliară, în animalele gravide (iepuri, cobai şi câini) sacrificate de către autor, aproape întotdeauna prezenta modificaţiuni structurale atât macro, cât şi microscopice. In preparatele istologice se vede clar comportamentul divers de cel normal al mucoasei care prezintă o ipersecreţiune. La microscopul polarizator se observă o cantitate mult mai mare de substanţă birifrangentă, mai ales în ţesutul epitelial.

Se constată o hipercolesterinemie, o hipercolesterinocolie şi în general o mărire considerabilă a substanţelor lipoidee mai ales în ţesutul epitelial, dar şi în celelalte ţesuturi ale peretelui vesiculei biliare.

Bila mai densă, culoare mai închisă şi cu greutatea specifică mărită, deci cu caracteristicele modificate de către o cantitate mai mare de substanţe chimice.

2. *Profesor Dr. F. Spirito: La desinfezione della vagina nel parto.* (Riv. d'Ostetricia e Ginecologia Pratica. Mai 1934 Milano. (Desinfecţia vaginei în naştere).

De recentă dată *Le Borier* în Franţa şi *Bnea* în Italia au făcut propunerea că ar fi oportună desinfecţia vaginei în naşteri cu scop profilactic contra infecţiunilor puerperale, metodă adaptată mai ales de doctorii americani bazaţi şi pe experienţele lor personale.

Autorul a practicat desinfecţia vaginei în naşteri normale cât şi în naşteri distocice. In urma raporturilor făcute cu naşterile fără desinfecţie, ajunge la concluzia că acest procedeu nu prezintă nici un avantaj real, nici în naşteri spontanee şi nici în cele operative. In orice caz în intervenţiile obstetrice vaginale, introducându-se mâna şi instrumente în vagin, nimic nu împiedică a se face desinfecţia vaginei înainte de intervenţie; însă în ce priveşte naşterea normală, de oarece efectele au fost nule e preferabil a nu se face nici o desinfecţie vaginală.

3. *Prof. Dr. Francesco Spirito, Doppio Zaffo pelvi vaginale e addominale in ginecologia operativa.* Atti della R. Academia dei Fisiocritici in Sena 20 Lugl 1934.

(Dublu drenaj pelvico-vaginal şi abdominal în ginecologia operatoare).

Drenajul Mikulicz atât de uzat în Franţa şi Italia, din cauza complicaţiilor ce poate da ca întârziere în procesul de vindecare, cicatrizarea puţin solidă a peretelui abdominal, producerea de ernie secundară, aderenţe şi fistule, în unele ţări exemplu: Germania, aproape s'a abandonat complect fiind înlocuit cu drenajul vaginal, căutându-se cât mai bine posibil excluderea cavităţii peritoneale de o probabilă infecţie.

Maluschew, Nürnberg, Holzbach, etc. fiecare cu mici variaţiuni, drenează cavitatea pelvică cu o fâşie mare de tifon a cărei extremităţi iasă prin vagin.

Autorul foloseşte următorul drenaj. Intreg bazinul vine umplut de o fâşie lungă de tifon, largă de 3—4 degete a cărei extremitate iniţială vine trecută prin vagin deja deschisă în isterectomiile totale, ori printr'o deschizătură practicală anume în treimea superioară a feţii posterioare a vaginei. Aceasta fâşie de tifon e astfel aranjată în straturi ce merg alternativ dela un perete la celalalt încât ocupă complect cavitatea bazinului, constituind astfel un conglomerat de tifon. Deasupra acestui tampon vine suturată marginea liberă a peritoneului vesical cu mesosigma şi cu peritoneul pelvicoparietal în corespondenţa liniei nenumite, astfel încât formează deasupra tamponului o lamă peritoneală care formează astfel o barieră de protecţie pentru marea cavitate a peritoneului şi totodată împiedică descinderea organelor abdominale în cavitatea pelvică.

Deoarece în primele zile după intervenţie prin micile orificii făcute de ac în sutura peritoneo-peritoneală, s'ar putea strecura elemente infectante — din bazin în abdomen, autorul foloseşte încă un drenaj ce vine introdus printr'o mică deschizătură practicată în peretele abdominal şi cu care vine acoperită toată partea peritoneului ce a fost suturat.

Ambele drenuri puţin câte puţin vor fi extrase în decurs de 7—8 zile dând precedenţă celui pelvi-vaginal.

Drd. Marius Dăncilă.

Paris Médical, Decembre 1935.

La Gynécolgie en 1935, *par S. Huard et R. Palmer.*

Autorii trec în revistă în rezumat noţiuni, cercetări şi realizări noi în Gynecologie, în anul 1935; — din această revizuire, redăm pe scurt numai unele din problemele noui:

Metode de explorare.

Explorare radiologică. Se menţionează încercări de histerografii cu coloizi opaci, pentru reprezentarea reliefului mucoasei uterine; stereoradiografia cu lipiodol în histerosalpingografii; radiografierea regiunei cu şeaua turcească în sterilitate şi amenoree, când se bănueşte o origine hipofizară.

Explorare hormonală. Recomandă lucrarea lui Serdaris şi teza Bousquet pentru diagnosticul biologic al sarcinei, — teza lui Jurblum pentru dozarea în sânge şi urină a folliculinei şi a complexelor hormonale antehipofizare, urmată de experinţele lui Kurzrock (New-York).

Vulva şi vaginul.

Vulvo-vaginita gonococcică la fetiţe. Lewis, confirmat de Hubermann, aplică tratamentul cu folliculină, obţinând astfel o îngroşare a epiteliului vaginal, care devine refractar gonococului. Cu simple irigaţii cu ser fiziologic, scurgerile dispar în 1 - 3 săptămâni. Tratamentul provoacă însă o congestie dureroasă a sânilor, a vulvei şi probabil şi a organelor interne, — punându-se astfel întrebarea dacă nu urmează turburări funcţionale endocrine.

Vaginitele trofice, granuloase şi ulceroase, *Pruritul vulvar, atreziile şi atrofiile vaginale dupe castrare,* chirurgicală sau menopauză spontană — beneficiază de asemeni de tratamentul cu folliculină, în anumite condiţiuni, — singur sau asociat cu tratamentul local.

Absenţa vaginului. Menţionează realizările lui Forgue, Westmann, Matwejew — şi Kleitsman care a obţinut o epidermizare de neoformaţie a mucoasei vaginale cu vernix caseosa.

Perineul. Brocq şi Dupeux, recomandă în prolapsul total la femei în etate, cloazonarea largă a vaginului cu o mică perineorafie posterioară.

Colul uterin In rupturile complecte ale colului, recomandă trachelorafia lui Pestalozza, printre amputaţiile de col, evidarea conoidă Poney - Forgue—Sturmdorf.

Diagnosticul precoce al cancerului colului şi al leziunilor precanceroase. Prin colposcopie (Hinselmann) — şi prin testul cu iod (Lahm—Schiller), bazat pe prezenţa glicogenului în celulele superficiale — se pot descoperi cazuri precanceroase sau incipiente unde simpla amputaţie a colului aduce vindecarea.

Cancerul colului uterin. Menţionează lucrarea lui Nillson—Radiumhemet, Stockholm, asupra cancerului cilindric al colului intra şi extracervical; şi discuţia dela Soc. Obst. Gyn., Paris, Aprilie—Mai 1935, asupra cancerului colului rămas dupe subtotală.

Corpul uterin.

In anomalii uterine, utere bipartite, operaţia plastică Strassmann.

Infarctul uterin, datorit necrozei zisă alcalină, prin apă de săpun sau injecţiei intrauterine cu lizoform.

In retroversii uterine, sutura ligamentelor rotunde la arcada crurală (Douay).

In fibromele uterine, Röntgenterapia nu ar avea nici o influenţă în fibromyome. In cazurile hemoragice intervine prin crearea unei menopauze anticipate.

Sarcome uterine. V. Bourde, comunică un caz de myosarcom apărut opt ani după iradierea unui fibrom uterin.

Hemoragii uterine în afară de sarcină şi de tumori. Cauze locale, hemogenie, metropatia hemoragică hiperplazică de origină ovariană, perzistenţa folliculului cu hiperplazie glandulară a endometrului, metroragiile premenopauzice, cer o bună precizare a diagnosticului. Tratamentul recomandat este de încercat medical, după caz: hemostatice obişnuite, hormonoterapie (luteină, uneori benzoat de foliculină, antehipofiză, diiodotyrozină, insulină), şi raclaj. In cazurile rebele, radium intra-uterin, castrare sau histerectomie vaginală.

Trompele

Villard aduce rezultate bune în operaţiile conservatoare pentru anexite negonococice.

Sarcina extra-uterină. Meylan şi Mossadegh, studiind *diagnosticul*, găsesc că sedimentarea hematiilor este accelerată moderat; leucocitoza normală în cazurile necomplicate, creşte în avort sau ruptura tubară proporţional cu cantitatea de sânge liber vărsat în abdomen; temperatura până la 38° afară de inflamaţii concomitente sau supra-adăogate.

Dozarea hormonilor gonadotropi în sarcina tubară, dupe Ascheim—Zondek sau Friedmann, bine studiată în teza lui Gorecki.

Ovarele.

Chistele folliculino-luteinice în raport cu hiperplaziile mucoasei uterine şi eliminările hormonale continuă să fie studiate în lucrări numeroase.

Sterilitatea, de origine ovariană, bine studiată de Jeffcoate de Liverpool.

Prin raclaj făcut dupe a 21 zi intermenstruală, demonstrează în 47 din 63 cazuri, absenţa de transformare pregravidică a mucoasei uterine, deci absenţa de formare a corpului galben şi probabil şi a ovulaţiei.

A obţinut oarecari succese cu hormon antehipofizar. Recomandă să nu se dea hormoni ovarieni în aceste cazuri căci ar putea avea asupra ovarului o acţiune inhibitoare şi să provoace chiar atrofie.

Fizioterapie. Se citează lucrări asupra radio leziunilor tardive dupe curie sau radioterapie în cancere sau fibrome.

Hormonoterapia. Proust, Moricard şi Palmer recomandă calcularea dozelor de foliculină în milligrame (di-hydro per os sau benzoat de dihydro în injecţii).

Se pune în discuţie acţiunea hormonilor antehipofizari aflaţi în comerţ, recoltaţi din urină, faţă de cei extraşi direct din glande.

Tego Bermi demonstrează totuşi acţiunea favorabilă a acestor hormoni asupra grefelor ovariene Douay. **Dr. Ion Ad. Popescu**

Note de Terapeutică.

Inhepton Merck — un nou tonic injectabil pe bază de ficat. De *Dr. E. Lissard.* (Dela secţiunea medicală a Spitalului A. O. K. K. Berlin-Wilmelsdorf).

Deutsche Med. Wochenschr. 1933, Nr. 50, pag. 1859.

Autorul referă despre rezultatele obţinute cu un preparat injectabil introdus în comerţ sub numele de Inhepton Merck. Acesta conţine preparat de ficat Hepracton în unire cu arsenic, strichnină şi fosfor. Preparatul se prezintă sub formă de fiole de 1 cmc. O fiolă conţine: 0,83 cmc. Hepracton Merck, 0,05 gr. monometilarseniat de sodiu, 0,0005 gr. nitrat de strichnină şi 0,045 gr. glicerofosfat de sodiu. Graţie compoziţiei sale Inheptonul întruneşte principiul antianemic din ficat cu proprietă-

ţile stimulente, tonice şi roborante ale strichninei arsenicului şi fosforului. Ultimele trei preparate sunt de altfel de multă vreme întrebuinţate ca medicamente stimulente şi fortifiante după maladii epuizante, în stări de debilitate etc. Inheptonul se injectează intramuscular, de preferinţă în massa fessierilor. A fost perfect suportat de toţi bolnavii, fără nici o excepţie. Injecţiunea însăşi a fost absolut indoloră şi nu a produs nici odată infiltraţiuni inflamatorii sau abcese. De asemenea nu s'au observat niciodată turburări ca: hipertermie, alterarea stării generale sau alte accidente nedorite. Pentru o cură eficace sunt suficiente, după părerea autorului, 12—15 injecţiuni, iar în cazurile în cari pare necesară o prelungire a curei, se pot face fără nici o ezitare până la 20 injecţiuni.

Inheptonul este indicat la anemii în general, precum şi în toate cazurile în cari pe lângă o acţiune antianemică se urmăreşte şi un efect tonic, stimulent şi roborant. Din acestea rezultă fără îndoială că Inheptonul oferă o sferă foarte întinsă de indicaţiuni, cu posibilităţi de aplicare multilaterală, despre care autorul insistă mai de aproape în descrierea cazurilor sale.

Rezultatele curei de Inhepton au fost cu atât mai bune cu cât timpul de tratament a fost mai lung.

Incă din timpul tratamentului, în general după a patra injecţiune, s'a putut observa o eficacitate evidentă a preparatului mai ales în ceea ce priveşte starea generală şi apetitul. Apetitul a crescut chiar dela începutul curei, ajungând uneori până la bulimie. Rezultatele obţinute de autor şi mai ales cercetările speciale făcute mai târziu, au arătat în mod neîndoelnic că efectul Inheptonului nu se produce numai în timpul curei, dar că persistă multă vreme după terminarea acesteia. Autorul descrie apoi câteva din cazurile sale cu maladii diferite. Numărul anemiilor secundare sau concomitente avute în tratament este foarte mare. Au fost mai ales stări anemice după operaţiuni, avorturi sau după metroragii abundente precum şi anemii produse de botriocefali. In toate cazurile acestea Inheptonul s'a afirmat în mod neîndoelnic ca un medicament de valoare, producând în totdeauna efectul urmărit ş. a.: ameliorarea tabloului sanghin, creşterea numărului de hematii şi a procentului de hemoglobină, creşterea apetitului, creşterea în greutate, accentuarea vigorii corporale şi o ameliorare a stării generale.

S'a mai administrat Inheptonul în cazuri de astenie şi neurastenie, de surmenaj şi debilitate obţinând şi aci rezultatele cele mai bune. Turburările ca abatere, incapacitate de lucru datorită unei oboseli rapide, insomnie, palpitaţiuni, inapetenţă, pierderi în greutate, slăbiciune etc., au dispărut cu totul. Hematopoeza a fost favorizată, apetitul a crescut mult, greutatea corporală a crescut, apărând o accentuare a vigorii corporale şi o ameliorare a stării generale.

Şi în cazuri de nevroze organice acest medicament s'a afirmat ca foarte preţios. Autorul referă apoi despre rezultatele fericite obţinute în convalescenţe şi stările de epuizare după maladii febrile ca bronhopneumonii, gripe, pielite etc. Stadiul de convalescenţă a fost mult micşorat, ajungând repede la o restabilire perfectă şi o tonificare a organismului. Şi în aceste cazuri au fost influenţate favorabil curbele apetitului şi greutăţii corporale. Deasemenea în cazuri de thyreotoxicoze, Inheptonul, administrat împreună cu alte medicamente sedative, s'a dovedit a fi foarte bun.

Inheptonul Merck s'a afirmat autorului ca un medicament foarte eficace şi sigur într'o serie întreagă de maladii diferite, cari s'au arătat fiecare în parte refractare altor metode de tratament. A satisfăcut cu prisosinţă toate pretenţiunile.

Teritoriul de indicaţiuni al Inheptonului nu se întinde numai asupra anemiilor ci cuprinde şi alte numeroase maladii. Superioritatea acestui medicament

față de preparatele întrebuințate până în prezent constitue fără îndoeală o îmbogățire bine venită pentru clinici, cât și pentru practica generală.

Întrebuințarea combinației Ether-Chinină-Camfor în diverse stări febrile de: Doc. Dr. *Ioan Stoia*, Med. Prim. la Spit. Cent. „Prof. Cantacuzino" și la Spit. Brâncovenesc și Dr. Sava Lăzărescu. Clujul Medical No. 1 din 1 Ianuarie 1926.

Autorii au experimentat combinațiunea Camfor-Ether-Chinină în diferitele stări febrile obținând rezultate extrem de satisfăcătoare. Explicația succeselor obținute autorii o dau prin însăși efectul fiecărui component în parte: chinina reacționează ca tonicardiac, bactericid și antitermic, camforul ca analeptic, aetherul ca expectorant, antiseptic și excitant al centrilor respiratori.

Autorii au experimentat această combinațiune, sub forma Chinaetherului, în numeroase cazuri de: amigdalite acute, bronșite acute, congestii pulmonare și pleuropulmonare, stări gripale, etc. — Deasemenea au remarcat afară de scăderea rapidă a curbei termice și o ameliorare evidentă a stării generale. Afară de cazurile de mai sus au obținut rezultate excelente cu acest preparat în tratamentul paludismului.

In ceeace privește injecțiunile, autorii remarcă că nu sunt mai dureroase decât ori care dintre injecțiunile administrate în mușchii coapsei.

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei generale a medicilor Sibiu.

Şedinţe ştiinţifice

Colegiul şi Asociaţia Generală a Medicilor filiala Sibiu a ţinut în ziua de 8 Ianuarie 1936 în sala de cursuri a Institutului Obstetric o şedinţă plenară bine cercetată sub prezidenţia dlui Inspector General Sanitar Dr. I. Stoichiţia. *In această şedinţă s'au discutat şi s'au acceptat în întregime propunerile Comitetului privitoare la ante-proiectul de fuzionare a Colegiului Medicilor cu Asociaţia Generală a Medicilor. S'au luat deciziuni privitoare la reducerea de onorariu medical solicitată de către Asociaţia Pensionarilor civili şi militari din Sibiu în sensul ca fiecare medic, în mod benevol, să acorde acestor pensionari reducerea pe care singuri o fixează, înscriindu-se într'un tablou care va circula pe la toţi medicii. In chestiunea reclamaţiei înaintată de către dl Dr. Süssmann în contra dlui Horaţiu Tănăsescu se decide ca mai întâi să se aştepte hotărârea Comisiei de disciplină a Colegiului Medicilor, rămânând ca după aceasta hotărâre, dacă va fi cazul, Asociaţia Medicilor să desbată în şedinţă plenară această chestiune.*

Se acceptă propunerile preşedintelui privitoare la programul de activitate al Colegiului şi Asociaţiei Generale a Medicilor din Sibiu şi anume:

a) *Continuarea apariţiei Revistei „Sibiul Medical";*

b) *Continuarea anchetei medico-sociale în mediul rural;*

c) *Continuarea şi intensificarea şedinţelor ştiinţifice lunare în cadrele Colegiului şi Asociaţiei Generale a Medicilor;*

d) *Organizarea în continuare a „Zilelor Medicale";*

e) *Participarea medicilor la propaganda medico-culturală desfăşurată de „Astra culturală" din Sibiu;*

f) *Participarea medicilor la o vastă anchetă şcolară iniţiată de către dl Inspector General Sanitar Dr. Stoichiţia.*

In partea a doua a şedinţei dl Dr. Ioan Cosma, *medicul primar al judeţului Sibiu, îşi desvoltă în continuare interesanta conferinţă asupra* „Organizării sanitare în Rusia Sovietică". *Conferinţa a apărut în rezumat în numărul 10–12/1935 din „Sibiul Medical".*

* * *

In ziua de 19 Februarie 1936 *Colegiul şi Asociaţia Generală a Medicilor a ţinut o nouă* şedinţă plenară *în sala de cursuri a Institutului Obstetric sub prezidenţia dlui Inspector General Sanitar Dr. I. Stoichiţia.*

Se admite înscrierea în Colegiu a d-lor Dr. Richard Weindel şi Dr. Iuliu Petri.

In urma apelului d-lui Preşedinte se hotăreşte ca să circule un tablou pe la toţi medicii pentru a se înscrie ca membri activi în Liga antirevizionistă română. La fel va circula un tablou în care medicii ofiţeri de rezervă se vor înscrie cu datele cerute de către Ministerul Apărării Naţionale.

La cererea d-lui Dr. Ioan Sturza, *casierul Colegiului, se decide ca medicii cari refuză plata cotizaţiei de membru la Colegiu să fie daţi în debitul Administraţiei Financiare conform dispoziţiilor din Legea sanitară.*

In partea a doua a şedinţei dl Dr. C-tin Banu *prezintă 2 cazuri de fractură a coapsei tratate prin osteosinteză. Dl* Dr. Stoenescu *face o comunicare:* „Contribuţiuni la studiul constituţiei psihice a criminalilor şi delicvenţilor.

Dl Inspector General Sanitar Dr. G. Preda *îşi desvoltă apoi conferinţa sa interesantă despre:* „Consideraţiuni asupra psihologiei medicale".

Dl preşedinte mulţumind conferenţiarilor şi în deosebi d-lui Dr. G. Preda,

face un călduros apel către medicii sibieni pentru a se înscrie ca membri activi în Societatea de Psihologie Medicală din Sibiu.

Înființarea societății de psihologie medicală la Sibiu, în cadrul Soc. de Psihiatrie, Neurologie, Psihologie și Endocrinologie, a avut loc sub prezidența Dlui Dr. Gh. Preda, Inspector General Sanitar, care a expus scopul și principiile călăuzitoare ale societății.

De altfel laboratorul psihologic al Spitalului de boli mintale din Sibiu, a desfășurat de câțiva ani o frumoasă activitate, 7000 de examinări de bolnavi în acest domeniu, în legătură cu Institutul pe psihologie experimentală din Cluj.

Rezultatele cercetărilor vor fi publicate într'un buletin al Societății.

Activitatea medico-socială.

In ziua de 26 Ianuarie 1936 s'a executat o minuțioasă anchetă medico-socială în comuna Vale din județul Sibiu. La această anchetă pregătită și organizată de către d-nii Dr. I. Cosma și Dr. Mihail Lupaș, au participat următorii medici:

Inspector General Sanitar Dr. I. Stoichiția; Dr. Pompiliu Nistor, medicul primar al județului Brașov; Dr. Miron Crețu, medicul primar al județului Treiscaune; Dr. Iosif Comes, medicul primar al județului Ciuc; Dr. Cornel Dărămuș, medicul orașului Alba-Iulia; Dr. I. Cosma, medicul primar al județului Sibiu; Dr. L. Ionașiu, medic primar, director de spital; Dr. Păcurariu, medic primar de spital; Dr. Schulz Tiberiu, medicul șef al ambulatorului policlinic, Sibiu; Medic Maior Dr. Nicolaide; Medic Căpitan Dr. Gh. Ghițescu; Medic Căpitan Dr. C-tin Pascu; Medic Căpitan Dr. Pop Eugen; Medic Locot. Dr. Dumitrescu At.; Medic Primar Dr. Moga; Medic Locot. Dr. Roșca; Medic Locot. Dr. M. Teleman; Medic de spital Dr. V. Stanciu și Dr. Matinca Iosif și Medicii de circumscripție: Dr. Lupaș, Dr. Draser, Dr. Goția, Dr. Dădârlat, Dr. Löwy, Dr. Kenst, Dr. Bucur și Dr. Olariu.

Farmacist: Victor Pop.

Surori de ocrotire: Mărioara Manta, V. Buzea, Iosefina Simonis, Manta Virginia și Muntean Veturia.

Moașe: Aurelia Dăncănețiu.

Agent sanitar: V. Maniu.

Om de serviciu: A. Duna.

Cu aceasta ocaziune au fost vizitate de către medicii anchetatori toate gospodăriile locuite din comună și din totalul de 824 locuitori prezenți în comună la data anchetei au fost examinați din punct de vedere medical 760 de locuitori adecă 92,2%.

S'au dat următoarele consultații de specialitate:

Boli interne	51
„ ginecologice	19
„ oftalmologice	19
„ otorinolaringologice	30
„ dermatovenerice	11
„ neurologice	13
Extracții dentare	93
Reacții Wassermann	38
Examinări radiologice	18

Ancheta școlară.

In ziua de 1 Martie 1936 o echipă compusă din d-nii:

Dr. I. Stoichiția, Dr. I. Cosma, Dr. L. Ionașiu, Dr. Păcurariu, Dr. Gheorghiu, Dr. Dumitrescu Atanasie, Dr. Banu și Dr. Matinca și sora de ocrotire Mărioara Manta au examinat pe toți elevii Școlii primare de Stat din comuna Turnișor. Cu aceasta ocaziune s'au completat 89 fișe școlare cuprinzând: date privitoare la igiena locuinței; antecedente personale și heredocolaterale; date privitoare la comportarea în școală; date antropometrice; examen oftalmologic, examen otorinolaringologic, examen neuropsihiatric, examen dermatologic, examen intern și examen dentar. S'a executat reacția Pirqet la toți elevii școlari, rămânând

ca o parte a lor să fie supuşi şi unui examen radiologic în Sibiu.

In ziua de 8 Martie 1936 s'a executat o anchetă şcolară la şcoala de Stat din comuna Bungard. Echipa de medici examinatori a fost compusă din d-nii Dr. I. Stoichiţia, Dr. I. Cosma, Dr. L. Ionaşiu, Dr. G. Păcurariu, Dr. Ilcuşiu, Dr. Stupariu, Dr. Banu, Dr. Dumitrescu şi Dr. Matinca şi D-ra Mărioara Manta.

Au fost examinaţi 89 copii din toate punctele de vedere. S'au executat 77 reacţii Pirqet, iar ulterior s'au făcut 62 radioscopii la elevi şi 2 radioscopii personalului didactic.

* * *

In ziua de 29 Martie 1936 s'a ţinut în localul Insp. Gen. San. Sibiu, o ***şedinţă a medicilor de spitale*** *şi dispensare, pentru alegerea unui delegat din raza Insp. Gen. San. Sibiu, în Comisia plenară al „Asociaţiei Medicilor de Spitale şi Dispensarii".*

A fost ales cu unanimitate de voturi D-nul Docent Dr. Octavian Filipescu, medic primar director al „Spitalului Public Sibiu", Dl Dr. Cornel Ivan a fost delegat secretarul şedinţei.

In urma desbaterilor s'a hotărât ca delegatul Inspectoratului Sibiu, să susţină în Consiliul Plenar al Asociaţiei, următoarele deziderate:

1. Pentru a obţine o repartizare justă a materialului şi a medicamentelor, ar fi util ca această distribuire să se facă proporţional cu numărul paturilor bugetare ale fiecărui spital, iar în cazul când depozitele Ministerului Sănătăţii nu sunt în situaţiunea de a satisface distribuirea cu cantităţile cuvenite după numărul paturilor. să se fiexze un articol bugetar, în scopul procurării lor din comerţ — în conformitate cu legile contabilităţii publice.

2. Se consideră concursul pentru medicii auxiliari superfluu; iar selecţionarea medicilor secundari să se facă pe Inspectorate, de către o comisiune prezidată de către Inspectoratul Sanitar din Regiunea respectivă, complectată cu medicii primari definitivi ai regiunei. Aceasta din motivul că, selecţionarea prin organele Ministerului Instrucţiunei o consideră ca măsură nedreaptă şi jicnitoare, pentru medicii primari în funcţiune, ei fiind cei mai competenţi în selecţionarea elementelor cu care vor colabora. Concursul să se facă gratuit.

3. Se cere ca la recepţionarea medicamentelor să fie şi o delegaţie a Asociaţiei, pentru constatarea medicamentelor sub raport calitativ şi pentru evidenţierea specialităţilor cu care medici sunt mai obişnuiţi să lucreze.

4. Se cere descentralizarea aprovizionării spitalelor cu medicamente, material sanitar şi obiecte de inventar pe inspectorate.

5. Se cere aplicarea legi sanitare cu privire la complectarea personalului sanitar auxiliar, mai ales la spitalele preluate la 1 Aprilie 1935 dela judeţe sau Municipii.

6. Alocaţia de hrană să fie fixată anual de către Inspectorii Sanitari de comun acord cu Consiliul Medical al Spitalelor, în raport cu scumpetea oraşului.

7. Se cere suprimarea Deciziunei Ministeriale cu privire la onorariul medical, ca dăunătoare spitalelor şi cer aplicarea dispoziţiunilor Legei Sanitare din 1924. — Aderă la memoriul înaintat de medicii din Vestul ţării.

8. Se acceptă ideia de înfiinţare a unei Case de ajutor al tuturor medicilor funcţionari din raza Inspectoratului Gen. San. Sibiu.

9. Se cere înfiinţarea unor secţii de dentistică, otorino şi neuro psihiatrie, pe lângă Dispensariile din centrele mari.

10. In unanimitate se constată necesitatea convocărei unui congres extraordinar al Asociaţiei Medicilor de Spitale şi Dispensarii, în care să se poată discuta pe larg toate dezideratele Medicilor de Spitale. ***Dr. Ivan.***

***Intemeierea Societăţei de Psihiatrie**, ca secţiune a Soc. Române de Psihiatrie, Neurologie, Psihologie şi Endocrinologie, a avut loc Sâmbătă, 7 Martie, la Spitalul Central de boli mintale şi nervoase.*

După alegerea prin aclamaţii a următorului comitet: Preşedinte: Prof. Dr. Obregia; *Vice-preşedinţi: Prof.* Dr. P. Tomescu, Dr. D. Noica, Dr. Gh. Preda, Dr. Gh. Odobescu; *Membrii în comitet:* Dr. D. Paulian *şi* Dr. A. Popea; *Secretar general:* Dr. Ioan Constantinescu; *Secretari:* D-rii Constantinescu Sebastian *şi* Dimolescu A., *s'au făcut mai multe comunicări.*

***Infiinţarea Soc. de Pediatrie şi Puericultură din Cluj**, a avut loc în Clinica Infantilă de sub direcţia d-lui Profesor Dr. Gh. Popoviciu, la 28 Ianuarie a. c.*

A luat cuvânt dl Prof. Popoviciu, arătând necesitatea acestei societăţi, având în vedere scăderile dureroase ale natalităţii, (mai ales în Banat, Crişana, Maramureş) şi menţinerea unui procent mare de mortalitate infantilă. Solicită colaborarea tuturor medicilor de orice specialitate, a societăţilor de binefacere şi a autorităţilor sanitare şi administrative.

S'au ales: I Comitetul de patronaj, *II* Preşedinţii de onoare, *III* Comitetul activ: *Preşedinde: Prof. Dr. Gh. Popoviciu, vice-preşedinţi: secţia medicală, Doc. Dr. A. Iancu, Doc. Dr. M. Nichita, Dr. Leitner. Secţia de ocrotire: D-ra M. Perţia, Dr. Florian Popoviciu, Dr, Gh. Retezeanu. Secretar general: Dr. Victor Gh. Munteanu. Secretari de şedinţă: Dr. P. Avrămoiu, Dr. I. Donciu, Dr. Eugenia Băncilă, Dr. L. Grünwald. Bibliotecare: Dr. Iuliana Cirlea, Dr. Ruxanda Moga. Casier: Dr. O. Georgescu. IV* Membri în comitet, *V* Comisia de control, *VI* Comitetul de redacţie.

Pentru şedinţe s'au format Secţia de Pediatrie *şi* Secţia de Puericultură.

* * *

Societatea de pediatrie şi puericultură din Cluj, a lansat un apel public *în care solicită concursul tuturora pentru organizarea cu succes pretutindeni a protecţiei mamei şi a copilului.*

In apel se arată că în comparaţie cu statisticele celorlalte state, s'ar putea salva anual 180—200.000 copii pe ţară.

***Infiinţarea Institutului de cercetări şi analize bio-hormonale**, din iniţiativa d-lui conferenţiar* Dr. Al. Crăiniceanu, *împreună cu un grup de medici colaboratori, la Bucureşti. Institutul cuprinde următoarele secţii: O secţiune de cercetărt de bio-endocrinologie. 2. O secţie de analize în urină:* a) *diagnosticul sarcinei;* b) *titrarea hormonilor sexuali. 3. Metabolismul bazal. 4. Interferometrie.*

REFORMA ADMINISTRATIVĂ.

Memoriul Asociaţiei generale a medicilor înaintat de către comitetul central al Asociaţiei, d-lui Prim-Ministru, d-lor Miniştrii de Interne şi Sănătate şi Preşedintelui Adunărei deputaţilor, formulează următoarele revendicări medicale faţă de inovaţiile greşite din noua lege administrativă:

1. Medicul să fie consultat în chestiunile de interes public, adică să facă parte din consiliile judeţene cu vot deliberativ complect, unde lămuririle sale de ordin sanitar sunt absolut necesare lucrărilor de higienă publică, salubritate, etc.

2. Din punct de vedere medical, să rămână medicul numai sub controlul Ministerului Sănătăţii, deoarece Prefectul, care prin noua lege este autorizat să inspecteze serviciile sanitare, nu poate avea competinţa necesară în chestiunile de ordin medical şi prin urmare, prin această nouă dispoziţie nu se face decât să se stânjenească bunul mers al serviciilor sanitare.

3. Medicul poate fi chemat de pretorul plăşii cel mult pentru a ţine conferinţe cu privire la sănătatea publică, iar nici decum a i se impune anumite directive, deoarece pretorul plăşii nu are nici pregătirea, nici competenţa noastră în chestiunile sanitare.

Având în vedere gravitatea acestor reforme administrative cari vor stânjeni în viitor activitatea medicilor şi a aşezămintelor sanitare credem necesară o mare mişcare comună a întregului corp medical din ţară care să sprijine acţiunea comitetului central, cât nu este prea târziu.

Activitatea Societăţii de salvare din Cluj. „Societatea voluntară de salvare", înfiinţată în 1892, continuă cu succes o frumoasă operă medicală şi umanitară.

Reproducem câteva date din bogata sa activitate pe anul precedent:

Accidente	2019	cazuri
Transporturi	970	„
Serviciu ambulant	738	„
Anunţuri greşite	23	„

Posturi vacante la serviciile de pe raza Inspectoratului General Sanitar şi de Ocrotire, Sibiu. Medici:

Un post de medic de circ. rurală la circ. Ponor, judeţul Alba.
Un post de medic de circ. rurală la circ. Joseni, judeţul Ciuc.
Un post de medic de circ. rurală la circ. Răşinari, judeţul Sibiu.
Un post de medic de circ. rurală la circ. Bălăuşeri, j. Târnava-mică.
Un post de medic de circ. rurală la circ. Iernut, jud. Târnava-mică.
Un post de medic de circ. urbană la Serviciul Sanitar al Municip. Sibiu.
Un post de medic şef de ambulator la Ambulatorul Policlinic Zlatna, judeţul Alba.

Un post de medic auxiliar la Secţia Sanator (t. b. c.) a Spitalului Public Sibiu.

Un post de medic auxiliar la Spitalul din Sighişoara.

Personal sanitar auxiliar:

Un post de oficiant sanitar la circ. Ponor, judeţul Alba.

Un post de oficiant sanitar la circ. Moeciul de jos, judeţul Braşov.

Un post de laborant la Laboratorul de Igienă, Braşov.

Un post de oficiant sanitar la circ. Recea, judeţul Făgăraş.

Un post de oficiant sanitar la circ. Micfalău, judeţul Trei-Scaune.

Un post de agent sanitar la Serviciul Sanitar al Municipiului Braşov.

Un post de infirmieră cl. I-a la Spitalul „Gh. Mârzescu", Braşov.

Un post soră de caritate la Spitalul Târgu-Săcuiesc.

Un post moaşă de oraş la oraşul Miercurea-Ciuc.

Trei posturi de agenţi sanitari în judeţul Târnava-mare.

Două posturi de oficianţi sanitari la Dispensariile din jud. Târnava-mare.

Un post agent sanitar la oraşul Sighişoara.

Un post moaşă la oraşul Mediaş.

***Locuri de medici practicieni cu contract**, angajează Ministerul Sănătăţii, în următoarele comune rurale din* jud. Hunedoara: *Ciungani, Bulzeşti, Blăjeni, Almaş-Sălişte, Furcşoara, Vălişoara, Mada, Valea-Mare, Bătrâna, Ghergheş, Măgura, Grădinişiea de Munte, Bunila, Poiana Rechitei, Lunca-Cernii de jos, Băuţarul inf., Lindina, Boşorod, Micşoara, Uric şi* jud. Ciuc: *Com. Hodoşa-Ciucului.*

***Examenele de capacitate pentru medicii sanitari,** de circumscripţii urbane, rurale şi medici comunali, vor începe la 1 Mai, la Ministerul Sănătăţii, în Bucureşti.*

Candidaţii vor îndeplini condiţiile art. 196 din legea sanitară şi condiţiile speciale ale artic. 7 din legea modificatoare a legii sanitare, publicate în Monitorul Oficial Nr. 149 din 19 Iulie 1934.

CONGRESE.

***Al II-lea congres român de boale contagioase,** se va ţinea la Chişinău în 25, 26 şi 27 Octomvrie.*

Congresul va începe cu: 1. O conferinţă asupra Poliomyelitei, *ţinută de dl Prof. Dr. C. Ionescu-Mihăeşti şi vor urma rapoartele. 2.* Dysenteria şi enteritele dysenteriforme; *3.* Aprovizionarea cu apă şi metode de purificare; *4.* Epidemiologia scarlatinei şi stadiul actual al vaccinaţiei antiscarlatinoase.

Toate lucrările vor fi trimise până la 15 August, Secretariatului General, pe adresa d-lui Dr. D. Combiescu.

***Al III-lea congres internaţional de patologie comparată,** are loc la* Atena, *sub preşedenţia d-lui Prof.* W. Bensis, *între 15—18 Aprilie*

In secţiunea de medicină umană se vor prezenta următoarele rapoarte: a) *Echinococozele,* b) *Nefrozele şi Amilozele,* c) *Leishmaniozele,* d) *Spirochetozele,* e) *Avitaminozele.*

După congres au loc mai multe excursiuni frumoase. Secretariatul congresului: 15, rue Hippocrate, Athènes. Secretarul comitetului român: Dr. D. Combiescu, la Institutul Cantacuzino.

Al IX-lea congres francez de Pediatrie, *se va ţinea la Bordeaux, 28—30 Mai. După congres excursii la Arcachon, şi la podgoriile renumite Sauternes şi Saint Emilian, etc.*

Informaţii Dr. H. Slobozianu, str. Pompiliu Eliade 7, Bucureşti.

Primul congres internaţional de Pyretotherapie, *va avea loc la New-York în Septemvrie a. c., organizat de Universitatea* Columbia.

Se vor prezenta rapoarte privitoare la Fiziologia, Patologia şi aplicaţiile terapeutice ale Febrei.

Toate publicaţiile româneşti asupra Pyretotherapiei, *vor fi înaintate d-lui Prof. M. Ciucă, Spl. Independenţei, Bucureşti. Comitetul român pentru acest congres este format din:* Prof. Danielopolu, Prof. Ballif, Prof. M. Ciucă, Prof. I. Haţieganu şi Prof. P. Tomescu. *Inscrierile se fac până la 1 Iunie. Cheltuelile vor fi 300 dolari aproximativ, în clasa de turişti.*

A X-a conferinţă a Uniunei Internaţionale contra tuberculozei, *va avea loc la Lisabona, dela 7—10 Septemvrie, sub preşidenţia Prof.* Lopo de Carvallo.

Subiectele principale tratate vor fi: Aspectele radiologice ale hilului pulmonar şi interpretarea lor; Primo-infecţiunea tuberculoasă a adolescentului şi a adultului şi Profilaxia tuberculozei la domiciliu.

Un program bogat cu recepţii şi excursii, cu mari reduceri la hoteluri şi căile ferate atrage un mare număr de congresişti.

Cei ce doresc să se înscrie ca „Membru al Congresului" plătesc o cotizaţie de 200 escudos (cam 125 franci francezi) prin Societatea pentru profilaxia tuberculozei, str. Biserica Amzei 29, Bucureşti III.

Al III-lea congres internaţional al Paludismului, *va avea loc la Madrid, dela 12—18 Octomvrie a. c.*

Rapoartele vor fi înaintate până la 1 Iulie, iar comunicările până la 15 August.

Numeroase excursii în ţinuturile cele mai caracteristice ale Spaniei vor urma congresului.

Informaţii şi orice corespondenţă: Dr. Manuel G. Ferradas, Instituto Nacional de Sanidad-Calle de Recoletos 19, Madrid — Spania.

DROGUERIA

Ce spune legea despre actualii droguişti?

„Actualii droguişti autorizaţi vor putea cumpăra, importa şi vinde publicului toate medicamentele brute şi specializate prevăzute în indexul drogueriei.

Se respectă drepturile câştigate pe temeiul legilor anterioare de actualii droguişti autorizaţi".

DROGUERIA IONEL BACIU

SIBIU, STRADA REGINA MARIA 10

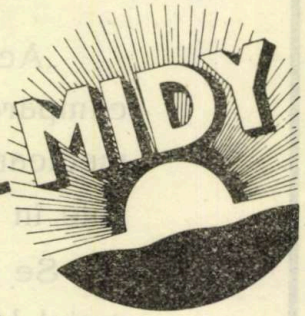
4 PRINCIPII ACTIVI

ADRENALINĂ — STOVAINĂ — ANESTESINĂ
EXTRACT DE CASTANE DE INDIA PROASPĂT STABILIZAT

LABORATOARELE MIDY
~~4, RUE DU COLONEL MOLL — PARIS~~
Noua adresă: 67, Avenue de Wagram - PARIS (17-e)
Literatură și Eșantioane:
J. E. BUCUR, 8, Strada Mecet — București, IV

POMADA MIDY

SUPOZITOARE MIDY



emoroizi

Leopills

sunt din nou livrabili în orice cantitate!

(Pilulae Leo)

Este un **laxativ extras din plante** cu acțiune **sigură** și **lină**.

Este un medicament prescris de foarte mulți clinicieni, internişti şi medici practicieni.

Nu conține fenolftaleină!

Se ia 1—3 pilule pe zi. **Nu există obișnuință!**

Indicațiuni: Toate cazurile de constipație cronică și accidentală, în afecțiuni ginecologice post partum, în climacteriu, în pediatrie, în turburări funcționale ale intestinului și consecințele acestora.

„CHLORODONT" S. A. R., Brașov, Ciocrac Nr. 2.

Note și informațiuni

Pentru chestiuni de redacție și administrație corespondența va fi adresată: „Sibiul Medical", Spitalul Public Sibiu; — pentru inserate, la Drogueria I. Baciu, Sibiu, str. Regina Maria 10.

Nu se publică articole de critică sau polemică, sau cari au mai fost publicate într'o revistă medicală din țară. Articolele nu vor fi mai mari de 6 pagini sau cu urmare. Peste 6 pagini autorul va plăti tiparul.

Extrasele cerute, vor fi plătite de autor.

Referatele vor fi cât mai scurte posibil (20 rânduri).

Orice manuscris va fi scris citeț sau dactilografiat.

Clișeele vor fi plătite de autori.

Manuscrisele nu se înapoiază, nici în cazul de nepublicare.

Anunțurile se trimit prin Administrație cu tariful următor:

1	pagină	odată	Lei	1000·—	3	ori	Lei	2600·—	6	ori	Lei	4500·—
1/2	„	„	„	600·—	3	„	„	1500·—	6	„	„	2600·—
1/4	„	„	„	400·—	3	„	„	1000·—	6	„	„	1600·—

Rugăm anunțați schimbarea adresei!

Tabloul de prețul extraselor pe anul 1936.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar						Coperta obișnuită (hârtie culeur)						Observație
	25	50	100	150	200	300	25	50	100	150	200	300	
	exemplare						exemplare						
	Lei						Lei						
4	80	95	115	135	150	185	60	70	85	100	115	140	
8	140	160	190	215	235	300							
12	190	220	260	300	335	400							
16	240	265	315	350	400	480							
	Extrase pe hârtie velină						Coperta groasă (colorată)						
4	90	105	130	155	175	230	80	100	150	200	250	330	
8	150	175	225	265	300	400							
12	210	245	310	375	430	545							
16	265	350	380	460	530	675							

Costul extraselor se va achita direct tipografiei. :-: Pentru provincie extrasele se vor expedia cu ramburs.

In

hypertensiune, arterioscleroză, angiospasme, turburări climacterice

Prescrieți noul preparat indigen

CALCIUMTHEOSAN

Dr. WANDER

Drageuri ce conțin 0,25 gr. Acetat dublu de Calcium și Theobromină **Dr. WANDER**

Dosaj: zilnic 6—10 drageuri

Mostre și literatură servește

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice

BUCUREȘTI VI., str. Cazărmii 89

Anul III. No. 4—6. 10 Lei Exemplarul. Aprilie—Iunie 1936.

Sibiul medical

Revistă lunară de medicină şi organizare sanitară

Comitetul de direcţie: Dr. Capitanovici M., Doc. Dr. Filipescu O., Dr. Preda Gh., Dr. Stoichiţia I.
Secretari de redacţie: Dr. Ivan C., Dr. Popescu.

Comitetul de redacţie: Dr. Alexandrow, Aiud; Dr. Albini, Sebeş; Dr. Bidu, Sf. Gheorghe; Dr. Cosma, Sibiu; Dr. Comes, Ciuc; Dr. Creţu, Sf. Gheorghe; Dr. Căliman şi Doc. Dr. Câmpeanu, Braşov; Dr. Cornea, Făgăraş; Dr. Cahane şi Dr. Dumitrescu, Diciosânmărtin; Dr. Ganea, Sighişoara; Dr. Ghiţescu, Sibiu; Dr. Giurca, Făgăraş; Dr. Gheorghiu, Dr. Hozan, Dr. Ilcuşu, Dr. Ionaşiu, Dr. Manta, Dr. Mavru şi Dr. Mitter, Sibiu; Dr. Medrea, Alba-Iulia; Dr. Măcelariu, Blaj; Dr. Mureşan, Mediaş; Dr. Nistor, Braşov; Dr. Onaca, Sighişoara; Dr. Pop, Odorheiu; Dr. Păcurariu, Dr. Pascu, Dr. Roşca, Dr. Slavu şi Dr. Sturza, Sibiu; Dr. Ştefan, Braşov; Dr. Solomon, Sighişoara; Dr. Sireteanu, Mediaş; Dr. Ungureanu, Odorheiu; Dr. Vilt, Sibiu.

Preţul abonamentului:
Anual . . . . Lei 120
Pentru institute . „ 500

Redacţia-Administraţia:
Spitalul Public, Sibiu.

Coresp. - inserate reclame:
la Drogueria I. BACIU,
Sibiu, Str. Regina Maria 10

SUMAR:

Articole ştiinţifice:

Doc. Dr. O. Filipescu: Contribuţii la studiul suturilor nervoase . . . . . Pag. 67

Dr. A. Moga şi Dr. I. Graur: Consideraţiuni asupra diagnosticului anevrismelor trunchiului brachio-cefalic ale arterelor carotide şi subclaviculare . . . . . „ 70

Dr. Mavru Aurel: Contribuţie la studiul ocluziei intestinale acute prin cancer cecoapendicular . . . . . „ 75

Dr. Valeriu R. Suciu: Auxiologia antropologică a tinerilor premilitari . . . . . „ 80

Probleme de organizare sanitară şi profesională:

Dr. I. Stoichiţia: Pe marginea Congresului Asociaţiei Generale a Medicilor . . . Pag. 82

Dr. I. Stoichiţia şi Dr. I. Cosma: Rezultatele detailate ale anchetelor medico-sociale din judeţul Sibiu . . . . . Pag. 84

Comitetul de iniţiativă al Societăţii „Salvarea", Sibiu: Apel „ 88

Revista cărţilor . . . . . „ 91

1. *Haţieganu - Goia:* Tratat elementar de semiologie şi patologie medicală. Vol. II.
2. *I. Stoia şi P. Stănciulescu:* Le Cancer (Etudes anatomo-cliniques).
3. *Prof. Dr. Gh. Popovici:* Elemente de pediatrie şi puericultură. Vol. I.

Revista revistelor . . . . „ 94

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei generale a medicilor Sibiu . . . . „ 96

Note şi informaţiuni . . . „ 98

LABORATORUL
de
BACTERIOLOGIE ŞI CHIMIE BIOLOGICĂ

Dr. TELEMAN & Dr. ROŞCA
SIBIU, STR. TRIBUNEI Nr. 10—12

BIOTONICUM

Roborant - Tonic - Stomachic

de **primul rang**, conținând **Fe-Mn-P-și As** în **forma cea mai activă**. Prin **formarea ferului și manganului redus în statu nascendi**, adecă în starea **cea mai resorbabilă și asimilabilă**, de o **toleranță stomaco-intestinală perfectă**.

PREȚUL: 1 fl. de 250 gr. cu și fără arsen **Lei 98·—**.

Deci prezintă mijlocul suveran pentru tratarea stărilor anemice și urmările lor.

Mai e indicat: la **boale nervoase**, în **neurastenie**, în **astenie** și **surmenaj general**, în **covalescență**, în **tbc. generală** și **pulmonară**, în **diatezele exudative**, în **rachitism**, în **boalele tubului digestiv** și ale **nutriției**, în **eczemele cronice**.

Dozare: 3 linguri pe zi după mese, — la copii linguriță.

Desfacerea produsului:

Farmacia O. ALESI, Sebeș-Alba.

LABORATOARELE MIDY. 4, RUE DU COLONEL MOLL PARIS (17e)
Nouvelle adresse: 67, AVENUE DE WAGRAM — PARIS (XVII-e)

PIPERAZINA

MIDY

„ANTI URIC TIP"

2 la 4 linguriță de cafea pe zi

J. E. BUCUR 8, Strada Mecet, BUCUREȘTI IV

Anul III. Nr. 4—6. 10 Lei Exemplarul. Aprilie—Iunie 1936

SIBIUL MEDICAL

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI ORGANIZARE SANITARĂ

KOHLE GRANULAT „MERCK"

(cărbune) pentru terapia de adsorbţie

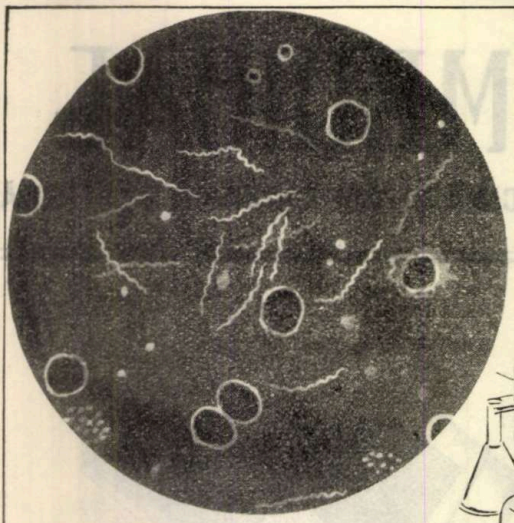
In diaree, fermentaţiuni, gastroenterite acute, dizenterie precum şi în intoxicaţiuni de orice fel.

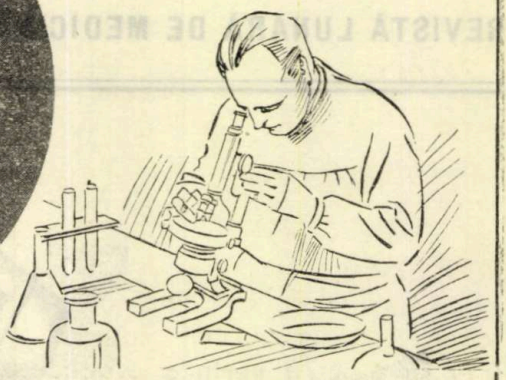
Ambalage cu 20 şi 100 gr.

E. MERCK - DARMSTADT

SIBIU, 1936

Tiparul institutului de arte grafice „Dacia Traiană"





Solu-Salvarsan

produsul nou salvarsanic, injectabil intramuscular şi intravenos.

Trei avantaje importante

Toleranţă perfectă - Soluţie stabilă, gata preparată, prin urmare uşor şi repede de utilizat - Preţ convenabil.

Efectul terapeutic şi toleranţa egală cu NEOSALVARSAN, preparatul standard şi renumit în toată lumea, (produsul original 914 Ehrlich)

»Bayer-Meister Lucius«
I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţii generali pentru România:
„Pharma" Studerus & Co., Bucureşti I, str. Brezoianu Nr. 53.

Spitalul Public Sibiu
Medic Primar Director Docent Dr. Oct. Filipescu.

Contribuţii la studiul suturilor nervoase.

Doc. Dr. O. Filipescu.

Relatări asupra unei statistici cu rezultatele operatorii mai numeroase din domeniul intervenţiilor asupra nervilor pentru leziuni complicate, datează mai ales din timpul războiului, care a oferit diferitelor servicii un material mai bogat de chirurgie nervoasă pentru a putea verifica procedeele cunoscute până atunci ale tehnicei chirurgicale şi posibilitatea de a augmenta cunoştinţele pe acest teren.

Contrar aşteptărilor puse la începutul războiului mondial la contribuţia de progres a acestor ani pe terenul suturilor nervoase, s'a verificat că rezultatele acestor intervenţiuni pe această durată a fost cu mult inferioare, celor din timp de pace. Rezultatele lor se raportează ca 40%—80%. Această constatare îşi găseşte explicaţia în faptul, că leziunile nervilor din războiu nu au fost izolate şi de obiceiu complicate cu defecte în continuitatea nervilor cu supuraţiuni îndelungate ale plăgilor, cu posibilitate de intervenţiune după mult timp dela data survenirii lor; circumstanţe, cari au pus tehnica chirurgicală la grele încercări şi a scos în evidenţă o serie de factori cu deosebită importanţă în prognosticul acestor operaţiuni; fără însă a elucida complexul integral al criteriilor cu caracter decisiv în asigurarea succesului operator, fără a fixa o conduită cu putere de dogmă pe acest teren.

Intr'adevăr în multe cazuri de intervenţiuni asupra nervilor ne găsim în situaţia critică de incertitudine în stabilirea prognosticului; căci experienţa a arătat că reconstituirea ireproşabilă a relaţiilor anatomice în suturi asupra nervilor nu asigură întotdeauna revenirea funcţiunii nervoasă, chiar pe lângă vindecarea normală a plăgilor. Aceste consideraţiuni impun o tehnică scrupuloasă în executarea acestor operaţii.

Din casuistica noastră ne permitem a relata două cazuri cu particularităţi pline de interes.

I. M. de 34 ani, din Gura-Râului, de profesiune econom. Boala actuală datează de 10 zile, când un individ l-a înţepat cu un cuţit la nivelul treimei superioare a braţului stâng pe partea externă; de atunci nu mai poate extinde mâna corespondentă. La nivelul menţionat se prezintă o plagă de 8 cm. lungime din care se evacuiază puroi, părţile moi tumefiate şi foarte sensibile pe întreg braţul, pielea de culoare violacee, simptome cari pun în evidenţă un flegmon difuz al acestui braţ. Se intervine, se debridează plaga, se constată o infiltraţie difuză a părţilor moi, iar nervul radial complet secţionat şi retractat. Până la vindecare plaga se tratează treizeci şi două de zile, când se prezintă la nivelul plăgii o cicatrice puternică aderentă de părţile moi, mâna pe mai departe în atitudinea caracteristică de paralizie a nervului radial. După zece zile decidem intervenţia pentru refacerea continuităţii nervului, în anestezie generală. Se extirpă cicatricea pielii, se dă de un ţesut fibros, se pune în evidenţă bontul nervului central şi periferic şi se face exoneuroliză după ce în prealabil am infiltrat cu ser fiziologic nervul. Extirpăm neuromul central precum şi gliomul periferic, iar prin palpare ne convingem despre consistenţa moale a bonturilor nervoase. Defectul în continuitatea traectului nervos este de opt cm., iar neurotizaţia bontului periferic o facem prin crearea unui lambou din bontul distal prin secţiunea lui până la jumătate la cinci cm. distanţă şi răsturnarea lui în bontul central şi fixarea prin suturi perineurale în direcţia axei verticale în grupa fasicolilor corespondenţi centrali. In urmă creem din perineurium central un lambou cât mai întins şi prin alunecare acoperim cu el lamboul nervos răsturnat pentru refacerea continuităţii nervului radial. Este o tehnică particulară a cărei execuţie este meticuloasă şi reclamă multă răbdare, însă căreia noi îi acordăm un rol important în contribuţia creerii unei situaţii mai avantajoasă pentru nutriţia lamboului. Ne îngrijim ca sutura să fie înconjurată de părţi moi şi abandonăm protejarea suturei prin material aloplastic sau fascie cu grăsimi după procedeul lui Kirschner. Hemostază bună. Sutura plăgii cu catgut fără drenaj. Fixăm extremitatea în semiflexiune pe durată de trei săptămâni; după ridicarea ei propunem masaj, băi, electrizări. Revedem bolnavul după cinci luni, după un an, fără a putea constata mişcări, cari ar indica revenirea funcţiunei nervoase; însă după alte opt luni, bolnavul se prezintă din nou putând executa toate mişcările normale ale mâinii.

Al doilea caz, pe care dorim să-l comentăm este un comerciant, în vârstă de 28 ani, care înainte de intrare în serviciu cu un an a suferit un accident căruia îi datorează o plagă întinsă a coapsei

stângi, cu secțiunea sciaticului în treimea superioară. A fost tratat în alt serviciu până la vindecarea plăgii. La intervenție constatăm bonturile sciaticului prinse într'o cicatrice puternică și retractate pe o întindere de cinci cm. Pentru refacerea continuității a traectului nervos observăm aceeaș tehnică ca în cazul precedent. Vindecarea plăgii în condiții normale. După șease luni constatăm primele mișcări.

Am schițat aceste cazuri pentru a putea scoate în evidență tehnica noastră pe deoparte, precum și a face unele considerațiuni asupra prognosticului acestor suturi.

In general preciziunea în manoperile chirurgicale, este o condiție sine qua non a vindecării; dar în rezortul acestor suturi, considerăm, că trebuesc puse în practică toate circumstanțele avantajoase, cari pot contribui la asigurarea succesului operator. Crearea unui lambou din perineurium bontului nervos central cu scopul de a realiza un înveliș pentru lamboul menit a reface continuitatea traectului nervos, servește după părerea noastră doi factori esențiali; avantajează condițiile de nutriție a lamboului, precum și oferă o protecție față de formarea unui țesut fibros.

In legătură cu aceste cazuri țin să menționez și observarea, că în toate tratatele clasice nervul radial se prezintă cu șanse optime de vindecare și consecutiv cu instalarea mai rapidă a funcțiunii nervoase; pe când sciaticul arată procentualitatea cea mai scăzută în prognosticul succesului operator. In cazurile noastre deși am practicat în ambele, aceeaș tehnică, revenirea funcțiunii nervoase se prezintă în raport invers.

Aceste constatări ne fac să credem și noi, în concordanță cu unii autori, că vindecările în domeniul suturilor nervoase sunt în funcție și de alți factori până astăzi încă necunoscuți, a căror elucidare integrală rămâne o problemă a viitorului.

Clinica Medicală din Cluj
Director: Prof. Dr. Iuliu Haţieganu.

Consideraţiuni asupra diagnosticului anevrismelor trunchiului brachio-cefalic ale arterelor carotide şi subclaviculare.

De **Dr. A. Moga** şi **Dr. I. Graur.**

Anevrismele sifilitice ale arterelor de calibru mai mic sau mijlocii sunt în general rare. Dintre ramurile cari pleacă de pe convexitatea aortei, mai des este interesat trunchiul brachio-cefalic. *Dl Prof. Haţieganu* a descris două asemenea cazuri, cărora prezenţa degetelor ipocratice de partea bolnavă le imprima o notă particulară.

Cu toată raritatea lor, merită să fie cunoscute şi anevrismele arterei subclaviculare şi carotide, pentru că pot imita afecţiuni cari comportă alte indicaţiuni terapeutice şi alt prognostic. (De exemplu tumoară mediastinală în obs. II.).

In cazurile în cari anevrismul acestor artere se manifestă sub forma unei tumori animată de pulsaţiuni expansive în regiunea cervicală, sau în fosele supra şi subclaviculare, diagnosticul se poate face cu destulă uşurinţă, prin simpla inspecţie şi palpaţie. Dacă leziunea este limitată la porţiunea intratoracică a arterei respective, tabloul clinic se poate prezenta cu caracterele unui sindrom mediastinal. In acest caz examenul radiologic este absolut necesar.

Din acest punct de vedere este de remarcat, că la ecran imaginea acestor anevrisme pot avea o opacitate mică şi atunci examenul trebue făcut cu diafragmul mai închis şi cu raze mai puţin penetrante. (Bordet). Pulsaţiunile caracteristice anevrismului pot lipsi, cum a fost în observaţiile lui Lechelle, a lui Lortat-Iacob şi în observaţia a II-a a noastră.

Oricare ar fi localizarea anevrismului, fiind vorba de o afecţiune arterială, este indicat să se examineze regimul circulator de partea bolnavă în comparaţie cu cel de partea opusă. In felul acesta se poate observa o diminuare a volumului pulsului şi o întârziere a lui de partea leziunii. In anevrismele arterelor subclaviculare şi anonime,

diminuarea poate fi apreciată în mod exact prin măsurarea tensiunii sistolice şi a indicelui oscilometric la Pachon. După Hanns (Strassbourg) tensiunea diastolică rămâne egală la ambele extremităţi).

Deoarece metoda oscilo şi sfigmomanometrică nu se poate aplica la arterele carotide, noi ne-am gândit să explorăm regimul circulator din aceste vase în mod indirect, prin determinarea tensiunii arterei centrale retiniene. Aceasta metodă ni se pare logică, pentru că artera centrală a retinei derivă din carotida internă prin intermediul arterei oftalmice.

Dl Prof. Michail, directorul Clinicei Oftalmologice, a avut bună voinţa să determine la cererea noastră tensiunea retiniană, într'un caz de anevrism al arterei anonime şi în altul cu anevrism al arterei carotide primitive. In ambele cazuri s'a găsit tensiunea arterei retiniene net diminuată de partea anevrismului, în raport cu partea opusă. Este probabil că acest simpton are aceiaşi semnificaţie şi valoarea clinică, în afecţiunile cari interesează artera carotidă primitivă şi internă ca şi tensiunea arterială la membrul superior pentru artera subclaviculară şi anonimă.

Pentru a demonstra existenţa acestui simpton, precum şi dificultăţile de diagnostic, pe cari le putem întâmpina în anevrismele amintite mai sus, expunem aici două cazuri observate de noi în serviciul Clinicei Medicale din Cluj.

Observaţia I. Z. V. 43 ani, bărbat, o infecţie sifilitică la 19 ani, R. Wassermann pozitivă, face un tratament incomplect.

După 23 ani, bolnavul observă apariţia unei mici tumori în fosa supraclaviculară dreaptă, de mărimea unei alune, cu senzaţia de amorţeală şi furnicături în braţul corespunzător.

La şase luni dela debut această tumoră se măreşte rapid având pulsaţii expansive şi dând dureri în umărul şi braţul drept. Bolnavul observă că membrul superior drept se tumefiază puţin, şi că este dispneizant, mai ales noaptea, când e nevoit să stea în poziţie şezândă.

Durerile apoi devin foarte mari, cu iradieri şi în regiunea retroauriculară şi occipitală, are turburări vizuale, îi apar fenomene de insuficienţă cardiacă.

La examenul obiectiv constatăm extremitatea cefalică cianotică, membrul superior drept tumefiat în întregime, cu o reţea venoasă bogată, atât pe braţ, cât şi pe hemitoracele respectiv. Pulsu mic şi degete ipocratice la dreapta. Fosa supra şi infraclaviculară este ocupată de o tumoară de mărimea unui cap de făt, cu pulsaţii ample, tegumentele la acest nivel sunt de coloare violacee. La auscultaţie se percepe dublu suflu.

Pulmonar: fenomene de bronşită generalizată, la ambele baze raluri crepitante cu respiraţie suflantă. *Apar. circulator:* matitatea precardiacă mărită în ambele sensuri. Dublu suflu la focarul aortic, suflu sistolic la vârf. Tensiunea arterială: 17—6 (V. L.) la dreapta, şi 15—7 (V. L.) la stânga. Ficatul mărit sub falsele coaste cu trei degete, sensibil la palpare.

La examenul radioscopic: cord mărit, ventriculul stâng ipertrofiat şi dilatat. Un anevrism al crosei şi trunchiului brachio-cefalic drept. *Tensiunea arterială retiniană: OD=< 15 mm. OS=20—25 mm. (normal 35 mm.). Oftalmoscopic:* degenarare discoidă la OS. vederea, câmpul vizual normal la ambii ochi. Tensiunea oculară AO.=18 mm. (normal). *Laringoscopic:* pareza corzii vocale din dreapta. *In sânge R. Wassermann intens pozitivă.*

In a 6-a zi dela internare bolnavul sucombă.

La autopsie: pulmonar se constată focare de broncho-pneumonie. Apar. circulator: inima mult mărită, cât un cap de făt, flască la deschidere. Miocardul, în special cel al ventricolului stâng foarte îngroşat, de coloare galbenă, friabil. Aorta în întregime foarte mult dilatată, crosa transformată într'un anevrism. O dilataţie asemănătoare sacciformă se găseşte şi pe trunchiul brachio-cefalic, unde punga anevrismală erodează sternul, prima coastă şi clavicula. In interiorul pungii anevrismatice un tromb pestriţ, aderent de intima vasculară. Ficatul mult mărit, pe secţiune are aspectul ficatului muscat. Splina mărită. In rest organele nu prezintă nimic deosebit.

In rezumat, la acest caz anevrismul manifestându-se ca o tumoră cu pulsaţiuni expansive în regiunea supraclaviculară, diagnosticul s'a putut face cu destulă uşurinţă. Observaţia merită totuşi să fie relevată: 1. pentru că au existat semne de compresiune (dureri foarte mari, edem şi circulaţie colaterală la membru superior drept), ca într'o tumoră malignă; 2. degete ipocratice unilaterale ceeace constitue o observaţie rară (Haţieganu); 3. s'a constatat diminuarea tensiunii arteriale retiniene de partea dreaptă; 4. diagnosticul a fost confirmat prin autopsie.

Observaţia II. C. Maria 53 ani, internată pentru prima dată în clinică în ziua de 12 Oct. 1934. Antecedente: reumatism înainte cu 10 ani, un avort spontan în luna II-a.

De $1^1/_2$ an are dispnee la efort, palpitaţii şi edeme maleolare trecătoare. De vreo şase săptămâni dispneea devine permanentă, noaptea însă se accentuiază, luând caracterul unui acces. Bolnava tuşeşte mult şi de două săptămâni este în ortopnee.

Cardiazol-Efedrină

«Knoll»

cupează astmul,

indicat în deosebi la astm cronic cu alterațiuni ale inimii drepte, astm bronchial cu stări de bradicardie sau hipotonie, bronchită astmatică, emfizem,

combate insuficiența circulației,

dă rezultate foarte bune la colaps al vaselor, insuficiență cardiovasculară, bradicardie, bloc al inimii, scăderea tensiunii sanguine, minus-decompensație, intoxicații, ca profilactic înaintea narcozei.

Picături Cardiazol-Efedrină «Knoll», ambalaj original cu 10 gr.
10% 1,5%

Tablete Cardiazol-Efedrină «Knoll», ambalaj original cu 10 bucăți.
0,1 gr. 0,015 gr.

Fiole Cardiazol-Efedrină «Knoll» à 1,1 cm³, ambalaj original cu 6 bucăți.
0,1 gr. 0,015 gr.

Ca doză medie se dă de 2–3 ori pe zi câte 10–20 picături, sau câte ½–1 tabletă. Subcutanat sau intramuscular se dau 1–2–3 fiole pro die. Administrarea intravenoasă la cardiopatii organice decompensate este absolut contraindicată.

KNOLL A.-G., Fabrici de produse chimico-farmaceutice, LUDWIGSHAFEN/RIN

Eşantioane şi literatură prin:

KNOLL S. A. R., Produse chimico-farmaceutice, Str. Atena 29, BUCUREŞTI III

La turburări de echilibru și neuroze a sistemului nervos vegetativ, la stări nervoase și depresive, Basedow și cazuri basedowoide și migrene etc.

BELLERGAL

Combinație de Bellafolină, Ginergen și Phenobarbitan.

3—5 drageuri zilnic de exemplu un drageu dimineața, unul la dejun și 2 drageuri înainte de culcare.

Flacoane cu 25 și 100 drageuri

Reprezentanți pentru România:

Drogueria Nestor
Str. Lipscani 102
București I.

Drogueria „Royal"
Piața Unirii 26
Cluj.

SANDOZ **Fabrica chimică** fostă **„Sandoz", Basel** (Elveția)

La examenul obiectiv se constată inima mărită în ambele sensuri, zgomote surde cu accentuarea aortei II. Extrasistole. Uşor dans arterial. Tensiunea arterială: 21--7 (U. L.).

Bolnava este cianozată, în ortopnee, are o bronşită generalizată cu stază pulmonară foarte accentuată de ambele părţi, ficatul mărit, întrece cu patru degete falsele coaste. Edeme nu prezintă. Oliguric, albuminurie, în sediment rari cilindrii epiteliali. Dens. urinei 1016.

La examenul laringoscopic o uşoară pareză recurenţială stângă. Din partea celorlalte organe nu se constată nimic deosebit. In sânge *R. Wassermann intens pozitivă*. Leucocitoza 6000. Tabl. sanghin: polinucleare 67%, bazofile 1%, eozinofile 3%, limfociţi 29%. „Resnitrogen" 38 mgr. %.

După un tratament cu ouabaină urmată de digitală, fenomenele de insuficienţă circulatorie se reduc foarte mult încât se poate face un examen radiologic.

La Röntgen se constată inima, îndeosebi ventricolul stâng mărit, aorta alungită, dilatată, opacitatea mărită.

Se mai constată prezenţa unei umbre uniforme, de intensitate mai mică ca a aortei, de formă circulară, care se proiectează în mediastin imediat deasupra polului superior al aortei, cu care face corp. Tumora comprimă tracheea, deplasând-o în spre dreapta, de asemeni comprimă puţin şi esofagul în sens antero-posterior, depăşindu-l atât la dreapta, cât şi la stânga. Tumora este deci situată la limita convenţională dintre mediastinul anterior şi cel posterior. Atât în antero-posterior, cât şi în diametrele oblice, tumora nu se separă de arcul aortei.

Imaginea aceasta se interpretează ca o „tumoră mediastinală" a cărei natură nu se poate preciza, şi din acest motiv se încearcă un tratament cu Raze X. Paralel cu aceasta se administrează injecţii cu bismjochin, având în vedere afecţiunea aortică şi R. Wassermann pozitivă. După 10 şedinţe radioterapice, administrate în decurs de 3 săptămâni (dela 5—23 Nov. 1934), umbra mediastinală a rămas nemodificată. Se începe un tratament cu neosalvarsan, administrându-se în total 4 gr. 30 şi 14 injecţii bismut.

Bolnava părăseşte clinica la 13 Ian. 1935, având o stare generală bună, a crescut în greutate, tuşeşte mai puţin, iar fenomenele de insuficienţă cardiacă sunt mult diminuate. Radiologic acelaş tablou.

Acasă bolnava n'a mai urmat niciun tratament, simţindu-se bine până în toamna anului 1935, când după o stare gripală, fenomenele se agravează din nou. Din acest motiv revine în clinică la 15 Oct. 1935.

Se constată aceleaşi simptome ca şi înainte cu un an, aspectul radiologic al umbrei mediastinale este nemodificat.

Se determină *tensiunea arterială retiniană* şi se constată: OD= 65 mm. OS=45 mm. După un tratament cu cardiotonice şi antiluetice bolnava părăseşte ameliorată clinica în ziua de 8 Nov. 1935.

Diagnostic. Din examenul clinic şi radiologic rezultă, că este vorba de o aortită cronică sifilitică şi sindrom miocardic cronic, cu insuficienţă circulatorie, evoluând la o femee de 53 ani.

Este mai greu de a preciza natura „tumorii mediastinale" care s'a constatat la examenul radiologic.

O adenopatie făcând parte dintr'o afecţiune de sistem (limfogranumolatoză sau limfadenoză) poate fi exclus prin lipsa ganglionilor măriţi, a splenomegaliei, tabloul sanghin normal şi nemodificarea aspectului radiologic după radioterapie.

Forma şi conturul regulat al umbrei, neinfluenţarea ei prin radioterapie, menţinerea aceleiaşi dimensiuni timp de un an de observaţie clinică, precum şi ameliorarea stării generale (creşte în greutate) pledează împotriva unei tumori maligne.

Umbra care se constată la ecran, nu are nici o legătură cu glanda tiroidă, nu ia parte la mişcările de deglutiţie, deci nu poate fi vorba de o strumă retro-sternală.

Având în vedere că bolnava prezintă o afecţiune cardio-aortică de natură sifilitică, precum şi imaginea radiologică, este mai probabil diagnosticul de anevrism. Intrucât tracheea este deviată spre dreapta, nu poate fi vorba de un anevrism al trunchiului brachio-cefalic, ci de al arterei carotide primitive din stânga. In acest sens pledează şi diminuarea tensiunei arteriale retiniene la ochiul stâng faţă de cel drept.

Concluzii: Anevrismele arterelor cari pornesc de pe convexitatea arcului aortic pot da naştere la mari dificultăţi de diagnostic. Pentru stabilirea unui diagnostic exact, adeseori este necesară confruntarea tuturor semnelor clinice, radiologice şi de laborator, apoi instituirea unei probe terapeutice şi o observaţie clinică îndelungată.

Diminuarea unilaterală a tensiunii arterei centrale a retinei poate fi considerată ca un *simptom de localizare* pentru anevrismele arterelor anonimă, carotidă primitivă şi internă. Determinarea acestei tensiuni are aceiaşi semnificaţie, ca şi măsurarea tensiunii arteriale la membrele superioare în celelalte anevrisme. Pentru a putea aprecia la justa lui valoare acest simptom, este necesară o cercetare pe o scară mai întinsă în diferitele afecţiuni mediastinale.

Spitalul Militar Sibiu
Medic Şef Medic Lt. Colonel Capitanovici M.

Contribuţie la studiul ocluziei intestinale acute prin cancer cecoapendicular

de **Dr. Mavru Aurel,**
Şeful Serviciului Chirurgical.

Ocluzia intestinală acută provocată de cancerul cecoapendicular intră în cadrul bine cunoscut astăzi de toţi clinicienii, de ocluziuni, având ca origină neoplasme cecoapendiculare cu debut clasic, traduse prin triada simptomatică, constipaţie asociată cu dureri în fosa iliacă dreaptă şi cu hemoragii mai mult sau mai puţin frequente; sau neoplasme cu debut atipic, ce trec necunoscute până în momentul intervenţiei.

Diagnosticul acestor ocluzii în majoritatea lor este chiar în formele cu debut clasic destul de greu de stabilit, fiecare din elementele triadei putând fi uşor confundate, fie cu o stază intestinală, fie cu o durere consecutivă unei colite drepte, fie cu o hemoragie rezultată de pe urma unui puseu hemoroidar.

Greutatea stabilirei diagnosticului este cu atât mai insurmontabilă şi uneori chiar imposibilă cu cât simptomatologia internă iese din cadrul simptomatologic obişnuit.

M. Chiray şi Georges Rosanoff, într'un articol recent publicat în „Presse médicale" afirmă că polymorfismul formelor iniţiale (de debut) este extrem de frequent şi simptomatologia lor de împrumut mult mai bogată decât aceea conţinută de noţiunile de semeiologie curentă. Formele cu debuturi anormale observate de diverşi autori, au îmbrăcat aspectele cele mai variate. Dela formele traduse unic prin turburări generale consistând dintr'o febră continuă sau întreruptă, fără semne de localizare intestinală, la formele ce îmbracă simptomatologia unei afecţiuni intestinale necanceroase sau la afecţiuni ce par să intereseze viscere, ca ficatul, căile biliare, stomacul sau aparatul urinar, este o întreagă gamă de simptome atipice care îngreuiază diagnosticul clinic al acestor neoplasme cu debut anormal.

Cazul operat de noi a prezentat în momentul internărei în spital un syndrom chirurgical acut îmbrăcând forma unei ocluzii intestinale, formă ce astăzi aproape că nu mai apare atipică ţinând seamă de cazurile publicate în literatura medicală.

In afară de semnele unei ocluzii acute, pacientul nostru prezenta la internare un maximum de durere în fosa iliacă dreaptă, unde afirma dânsul că avusese în tot cursul anului crize dureroase cu dureri vii în punctul lui Mac-Burney, însoţite de greaţă şi vărsături, ceeace făcuse pe medicul ce-l tratase mai înainte să-l trimeată la operaţie ca suferind de apendicită cronică, chiar şi la ultima criză, când simptomatologia de ocluzie intestinală era din cele mai clasice.

Bazaţi pe aceste antecedente amintind criza de apendicită cronică cu puseuri acute, cât şi pe examenul sumar făcut bolnavului după administrarea unei fiole de pantopon şi care ne-a permis de a palpa un bloc sensibil la presiune, ce umplea fosa iliacă dreaptă cât şi pe simptomele subiective acuzate de bolnav, ce se plângea de dureri mari în această regiune, au fost motive suficiente ce ne-au impus dela început a face la acest nivel o incizie Mac-Burney, prelungită.

Acest caz ca şi majoritatea cazurilor publicate, confirmă afirmaţiunea lui J. Quenu şi Dariau, că diagnosticul acestor neoplasme se impune mai ales în urma intervenţiei, graţie căreia descoperind tumoarea căpătăm certitudinea ce n'o putem avea numai din examinarea clinică a bolnavilor, completată cu examenul de laborator şi cu examenele în serie radiografice. Astăzi este unanim cunoscut că în perioada iniţială aceste examene, n'au nici o valoare, tumoarea nefiind vizibilă pe film, alte ori ceeace apare pe film, nu ne permite a afirma cu precizie o tumoare, ci trebue să recurgem la interpretare, care în majoritatea cazurilor apare destul de delicată.

Obs. Tânărul P. I. de 21 ani este internat în serviciul chirurgical la 15 Aprilie 1933, pentru vărsături de aspect şi miros fecaloid, putred, dureri mari abdominale mai ales în fosa iliacă dreaptă, sughiţuri, meteorism pronunţat, cu dispariţia matităţei hepatice şi oprirea evacuaţiilor alvine şi a gazelor, din seara de 13 Aprilie 1933.

In afară de această boală neagă orice trecut şi hereditate patologică. Totuşi în cursul anului a mai suferit în câteva rânduri de dureri în fosa iliacă dreaptă.

Penultima criză ce a debutat în seara de Anul Nou 1933, a fost mai puternică decât în totdeauna şi a fost însoţită de greaţă şi vărsături. Medicul ce l-a tratat cu această ocazie l-a recomandat să se

opereze urgent de apendicită, recomandaţie pe care n'a urmat-o, deoarece a doua zi totul reintrase în ordine, cu perzistenţa totuşi a unor dureri difuze abdominale. Ultima criză prin alură, îmbrăcată de simptomele dramatice, îl decid pe bolnav şi pe anturaj la operaţie, după 2 zile dela debut.

In cursul acestor 2 zile puţinele alimente lichide ingerate, au fost vărsate la scurt interval de timp.

Starea generală precară. Facies vultos, peritoneal. Puls rapid mic, 120 pulsaţii radiale pe minut. Temperatura vesperală la internare 39°. Respiraţia rapidă, 38 inspiruri pe minut. Retenţia de urină de 24 ore.

Abdomenul meteoric, cu contractură pronunţată a musculaturei.

Palpaţia fosei iliace drepte, în special sensibilă. Durerile în ultimul timp au îmbrăcat forma de colice şi au prezentat iradiaţiuni spre ombilic, iar în ultima oră ce a premers operaţiei au fost generalizate.

Clapotaj intestinal net, nu se percep unde peristaltice. Palpaţia profundă abdominală, făcută la 15 minute după administrarea unei injecţii de pantopon, decelează în fosa iliacă dreaptă în regiunea ombilicală şi spre regiunea hipocondrului drept un bloc dur de mărimea unui fetus, bloc ce se percepe şi prin tuseu rectal. Diagnosticul de ocluzie intestinală acută se impunea. Cauza ocluziei dat fiind antecedentele bolnavului, cât şi extrema sensibilitate a fosei iliace drepte ne-a făcut să întrevedem o ocluzie de origină apendiculară, fără însă a ne gândi din lipsa de simptome la un neoplasm coecoapendicular.

Intervenţie de urgenţă (Dr. Mavru—Dr. Dumitrescu Ath.).

Rachianestezie cu 1 cm. c. din sol. izobară de novocaină 10% în ser fiziologic 7‰, la nivelul celei de a 10-a vertebră dorsală urmată la ½ oră de narcoză cu amestecul Billroth.

Incizie Mac-Burney prelungită. La deschiderea cavităţei peritoneale, peritoneul parietal este îngroşat la acest nivel şi aderent la cec şi epiplon, se dă peste o tumoare neregulată, dură, imobilă fixată prin aderenţe întinse.

După o laborioasă disecţie a acestor aderenţe, se dă peste ansele ilionului, meteorice şi având pete violacee. Se repereză baza apendicelui, dându-se în momentul următor peste un apendice în formă ovoidă, aderent la ileon, care este gâtuit complet la 4 cm. de cec. Se disecă cu greutate aderenţele ileoapendiculare, temându-ne la fie care clipă de a nu produce rupturi ale tunicelor ileonului. Se face apendicectomie cu termocauterul, lăsându-se bontul liber.

Se ridică cât mai mult din mezoapendice, cauterizând suprafaţa sângerândă, ligaturi neputându-se pune din cauza îngroşerei şi a friabilităţei mezoului. Prin palpaţie se găsesc noduli de mărimea unor ouă de porumbel, semănaţi în grosimea mezenterului şi a epiplonului regional.

Cecul şi o bună parte din colonul ascendent de asemeni, dure, cartilaginoase. Deşi intenţia noastră era de a face o colectomie parţială urmată de o coloiliostomie n'am putut insista mai mult, bolnavul sincopându-se în câteva rânduri, ci ne-am mulţumit cu drenarea largă à la Mieulicz, a polului inferior al fosei iliace.

Urmările operatorii au fost simple. Tranzitul intestinal s'a restabilit chiar în momentul transportărei bolnavului în salon, repetându-se zilnic. A 3-a zi s'a stabilit o fistulă pyostercorală, ce după 8 zile s'a închis spontan, probabil prin înmugurirea tumoarei bontului apendicular.

Temperatura chiar de a 2 a zi a marcat o scădere notabilă, 36°,2 matinală, 37°,6 vesperală, curbă termică ce s'a urcat la apariţia fistulei la 38°,8, spre a scădea în a 10-a zi dela operaţie la 36°,5.

In a 27-a zi dela intervenţie cicatrizarea fiind obţinută am sfătuit bolnavul să se reopereze.

Fiind refuzaţi categoric şi cum familia îl reclama, am recomandat atât pacientului, cât şi familiei de a face numai decât şedinţe de radioterapie penetrantă, recomandaţie ce a avut aceiaşi soartă, bolnavul sucombând de caşecsie înaintată la 7 luni dela intervenţie.

Examenul histopatologic al apendicelui, executat de Institutul de anatomie patologică al Universităţii din Cluj, ne-a dat: „In grosimea apendicelui trimis (perete) se văd insule de ţesut epitelial atipic, în unele părţi cu dispoziţie glandulară, în altele îmbibată cu uşoară secreţie de mucus şi cu celule cu caracter mucipar.

Este un carcinom mucipar.

(ss) Dir. Inst. Prof. Dr. Titu Vasiliu.

Asupra anatomiei patologice mulţimea autorilor n'au ajuns încă la concluzii definitive asupra problemei, dacă un cancer al segmentului ileocecal a debutat printr'un cancer primitiv apendicular.

Chestiunea generalizărei şi metastazelor ganglionare, de asemeni rămâne încă de desbătut. Din punctul de vedere histologic cancerul apendicular poate să fie un epiteliom atipic, un adenocarcinom sau un carcinom alveolar, cu debut în mucoasă, câştigând şi invadând curând planurile parietale.

In timpul evoluţiei cancerului, apendicele poate prezenta toate leziunile de apendicită acută sau cronică. Cancerul cecului este

lateral sau circular. In general aceste tumori sunt foarte întinse uneori difuze cuprinzând cecul şi colonul ascendent.

Deşi în majoritatea cazurilor prezintă aceleaşi caractere histopatologice ca şi tumorile colonului, totuşi el rămâne cu mult mai puţin stenozant de cât acestea. Invaginaţia secundară ileocecocolică poate să se producă mai ales în formele ce-au debutat prin valvula ileocecală a lui Bauhin. Aderenţele la peritoneul parietal., la ansele intestinale vecine sau la planurile posterioare, sunt frequente. Peritonitele pot apărea în perioada terminală, prin ulceraţia spontană a coecului.

Am socotit demn de publicat acest caz care deschide încă o latură a patologiei abdominale. Concluzia practică ce se desprinde este, că în cazuri de îndoială, nu trebue să ezităm de a completa examenul clinic, prin examene radiologice repetate, putând astfel depista cazuri similare, la care punerea unui diagnostic precoce poate evita complicaţiile grave, tardive, când arta chirurgicală nu mai poate acţiona în mod eroic.

In tratamentul afecţiunilor gastro-intestinale, locul de onoare îl ocupă preparatele de

Cărbune medicinal-Richter

şi combinaţiunile sale

Fabrica de produse chimice Gedeon Richter, Bucureşti

Auxiologia antropologică a tinerilor premilitari din circumscripţia sanitară Vinga, jud. Timiş-Torontal

de **Dr. Valeriu R. Suciu,** medic de circumscripţie.

In conformitate cu ordinul circular al Ministerului Apărării Naţionale şi în circumscripţia Vinga s'a făcut examenul medical al tinerilor obligaţi de a lua parte la instrucţia premilitară.

Numărul celor obligaţi a lua parte a fost de 112, dintre cari însă abea 75 s'au prezentat la vizita medicală, făcută la 9 Ianuarie 1935. Dintre aceştia 5 au fost eliminaţi pe motive serioase ca: Tuberculoză pulmonară 3 inşi, Tuberculoză osoasă 1, şi scurtarea membrului infer. cu 5 cm. 1.

La acest centru aparţine o populaţie de 11.600 locuitori. Ca profesiune tinerii sunt: studenţi universitari: 1, comercianţi 2, industriaşi: 13, plugari: 49, servitori: 10.

Starea de nutriţie a tinerilor este un apreciabil indiciu de rezistenţă a organismului supus la diferite eforturi fizice şi mai puţin psihice la aceasta epocă a vârstei lor. In legătură cu nutriţia vom vedea, că pe lângă rolul Naţional în mod indirect şi desvoltarea corporală a lor, după un an de zile de instrucţie făcută cu bună chibzuială şi cu mare zel de harnicul lor comandant, cât de mult folos avem.

Examenul medical făcut după un an, deci la 16 Ianuarie 1936, ne-a dat rezultate foarte frumoase şi anume:

Pignet a crescut la 55 tineri, rămas pe loc 9 tineri şi scăzut la 6 tineri, perimetrul thoracic crescut la 54 tineri, rămaşi pe loc la 12 şi scăzut la 4 tineri.

Se ştie că principalele elemente cari iau parte la desvoltarea corporală-fizică sunt: creşterea în greutate, talie, perimetrul thoracic, înălţime etc.

La noi în Armata Română gradul de desvoltare a unui tânăr se exprimă după Pignet, care este raportul dintre greutate, înălţime

şi perimetrul thoracic. In America se exprimă după Baldwim-Wood care este raportul dintre greutate, înălţime şi vârstă. Sau se mai poate exprima prin simpla estimare vizuală, care însă poate înşela foarte mult, ne având nici o bază serioasă ca aparate, obiecte speciale de măsurat etc.

Din cele de mai sus reiese clar, că tinerii cari relativ sunt destul de bine nutriţi, bine îngrijiţi, pe lângă o bună şi bine aplicată instrucţie, ei se desvoltă foarte frumos. (Drept informaţie sunt nevoit să declar, că circumscripţia Dinga e în Bănat, ori se ştie, că tânărului bănăţean îi place igiena corporală, să fie curat, frumos îmbrăcat şi bine nutrit, căci i-a dat Dumnezeu din belşug, nu ca celor din Ardeal unde în multe locuri este mare lipsă de nutriţie).

Cauza la tineri, unde Pignet a rămas pe loc sau a scăzut, este căsătoria prea de timpuriu sau alcoolul, tutunul.

In America studenţi universitari, funcţionari fac 6 ore, iar la şcoli 4 ore pe săptămână instrucţie de aceasta natură.

Eu cred că, dacă şi la noi în ţară s'ar lua măsuri ca această instrucţie să fie făcută şi bine aplicată deja copiilor din şcoala primară împreună cu toate noţiunile de igienă corporală, chiar după terminarea şcoalei primare, ei să fie obligaţi a continua măcar 4 ore săptămânal instrucţia necesară, am avea tineri, desvoltaţi model, atât din punct de vedere corporal, cât şi disciplinar, căci în mod indirect şi aceasta se desvoltă.

Cu astfel de tineri în aşa fel crescuţi, desvoltaţi, educaţi şi disciplinaţi nu ne temem de nimeni, decât de Dumnezeu...

NB. Auxologia antropologică este ştiinţa care se ocupă cu cercetarea ştiinţifică a desvoltării corporale a tinerilor şi cu determinarea indicelui de creştere a lor. Aceasta se aplică în special la copiii de şcoală primară.

Probleme de organizare sanitară şi profesională.

Pe marginea Congresului Asociaţiei Generale a Medicilor.

Interesul faţă de Asociaţia Generală a Medicilor şi solidaritatea confraţilor în jurul ei se manifestă în timpul din urmă într'un mod tot mai îmbucurător. Congresele profesionale organizate de Asociaţie sunt foarte bine populate, iar discuţiile din sânul lor sunt cât se poate de interesante şi adeseori extrem de animate. In deosebi sunt viu discutate problemele împreunate cu revendicări de ordin profesional şi este impresionantă solidaritatea care se manifestă prin unanimitatea cu care se votează de obicei „moţiunile" cari cuprind aceste revendicări.

Câteva succese parţiale dobândite pe acest front al revendicărilor profesionale; energia, priceperea şi tactul actualului preşedinte *Profesor Tomescu* şi munca devotată a colaboratorilor săi, au reuşit să regrupeze în jurul Asociaţiei majoritatea medicilor din ţară, încât se poate spune cu drept cuvânt că Asociaţia este azi cea mai autorizată reprezentantă a *întregului corp medical.*

Socotim că acest moment favorabil trebue utilizat pentru a întări Asociaţia, transformându-o într'un organ viu de luptă nu numai pentru revendicările de breaslă, dar şi pentru o mai bună şi o mai temeinică aşezare a întregului nostru organism sanitar.

Revendicările profesionale, oricât de multe şi oricât de îndreptăţite ar fi, nu pot forma principala şi mai ales *unica* preocupare a Asociaţiei noastre. Lupta care trebue să se dea pentru asigurarea drepturilor legale ale medicilor funcţionari; pentru crearea Casei de pensii şi de ajutor a medicilor; pentru unificarea modalităţilor de recrutare, de salarizare, stabilite şi gradaţii a tuturor categoriilor de medici funcţionari şi pentru remedierea crizei practicei medicale, — trebue în mod armonios îmbinată cu o luptă tot atât de bine susţinută pentru *realizarea unui program sanitar de lungă durată* şi mai ales pentru o *stabilitate* în organizarea noastră sanitară.

Programul de activitate al Asociaţiei Generale a Medicilor trebue să cuprindă pe lângă revendicări de ordin profesional şi revendicări cari privesc organizarea sanitară a Ţării, organizare ce trebue aşezată pe temelii solide ferindu-o de veşnicele schimbări şi fluctuaţii cari îi anihilează activitatea şi îi ameninţă chiar existenţa. *Corpul medical trebue să aibă un* **program sanitar**, *mai mult chiar un* **ideal sanitar** *pentru care să lupte cu înverşunare şi pe care să-l poată impune tuturor partidelor şi tuturor guvernelor cari s'ar succeda la cârma Statului.*

Trăim într'o epocă de radicală transformare a concepţiilor în materie de organizare sanitară. — *Dela dominaţia îndelungată a medicinei curative mergem cu paşi repezi spre o preponderenţă tot mai accentuată a medicinei în sens preventiv; dela exclusivitatea şi monopolul aproape total al asistenţei medicale în oraşe, tindem în mod natural, spre o deplasare tot mai pronunţată spre mediul rural, şi în locul centralismului excesiv care omoară orice iniţiativă locală şi particulară, va trebui să ne îndreptăm paşii spre o largă descentralizare a întregii noastre structuri sanitare.*

Dela aceasta mişcare elementară de radicale transformări corpul medical nu poate fi absent. El are datoria de a studia şi discuta aceste importante probleme şi de a-şi spune în fiecare moment cuvântul său competent şi autorizat pentru ca noua noastră aşezare sanitară să fie cât se poate mai completă şi mai corespunzătoare scopului pe care toţi îl urmărim: *promovarea sănătăţii publice.* Asociaţia Generală a Medicilor, reprezentanta totalităţii medicilor din Ţară, este chemată să atace în plin aceste probleme; să le studieze în mod temeinic şi punându-le în discuţie publică să stabilească o unitate de vederi, care să fie exprimată printr'un program unitar de organizare şi activitate sanitară însuşită de întregul corp medical din România.

Parlamentul medical preconizat de Domnul Profesor Tomescu în cuvântarea-program rostită în Congresul Asociaţiei din 17 Mai 1936 va trebui să devină o realitate, iar principalele probleme de cari se va ocupa acest conclav medical vor trebui să fie în primul rând problemele împreunate cu organizarea sanitară a Ţării.

Dr. I. Stoichiţia

Rezultatele detailate ale anchetelor medico-sociale din judeţul Sibiu

Comuna Mag.

Comuna Mag este o comună pur românească la 26 km. depărtare de Sibiu înspre nord-vest. Ocupaţia locuitorilor este agricultura, dar cum aceasta nu le asigură un izvor de câştig suficient, o mare parte a populaţiei îşi caută existenţa prin oraşe ca oameni de serviciu sau lucrători manuali la diferite întreprinderi industriale. Comuna a evoluat în mod simţitor până la începutul crizei economice actuale şi cu toate că agricultura a adus câştiguri insuficiente din cauza lipsei întinderei mai mari a terenului cultivabil, hărnicia şi economia chibzuită a locuitorilor şi îndrumarea părintească a vrednicului lor preot, azi bătrân, au făcut să dispară casele de pae şi s'au înjghebat gospodării frumoase cari pe lângă banul trimis din economiile servitorilor, cheferiştilor resfiraţi în diferite părţi ale ţării asigură viaţa de toate zilele a populaţiei. Comuna, fără a avea pretenţia de comună fruntaşă se prezintă în condiţii mulţumitoare cu case frumoase şi mai ales curate.

Starea culturală a populaţiei este poate ceva peste nivelul mijlociu al comunelor noastre româneşti.

Ancheta s'a executat în ziua de 18 Martie 1934, luând parte 16 Medici, 1 farmacist, 5 surori de ocrotire, 1 moaşe şi 1 om de serviciu. Din populaţia de 751 suflete s'au examinat 641 adecă 85.8%. Numărul relativ mic al examinaţilor se explică prin absenţa din comună a unui număr mare de locuitori, fiind după cum s'a amintit mai sus plecaţi la diferite slujbe în oraşe.

Constatări generale.

Starea materială a locuitorilor a fost aflată bună în 15%, mediocră în 46% şi slabă în 39%.

33 case au o singură cameră de locuit cu un total de 113 persoane, adecă cu media de 3.4 persoane pe cameră;

123 case au 2 camere de locuit, adăpostind 499 persoane, o medie deci de 2 persoane pe cameră;

20 case au 3 camere de locuit, locuind acolo 82 persoane cu o medie de 1.2 persoane pe cameră;

5 case au 4 camere şi un total de 28 persoane, având aici media de 1.4 persoane pe cameră.

Distribuţia populaţiei după scara Sundbärg ne dă următoarele:

Grupul 0—14 ani . . 32.7%
„ 15—49 „ . . 51.0%
„ 50 ani în sus . 16.3%

Avem deci o populaţie cu caracter accentuat progresiv.

In ziua anchetei se aflau în comună 9 persoane peste 80 ani în sus, persoanele cele mai în vârstă sunt 2 femei de 88 ani şi 1 bărbat tot de 88 ani.

Constatări de ordin medical.

Dintre cei 641 locuitori examinaţi 150 (23.3%) au fost aflaţi atinşi de diferite maladii, restul sănătos.

Tuberculoza a fost diagnosticată în 3 cazuri, 2 forme pulmonare şi 1 osoasă.

Sifilisul a fost depistat într'un singur caz sub formă de sifilis latent.

Reacţia „Wassermann" s'a executat la 27 persoane şi 1 singur caz pozitiv.

Tumori maligne n'au fost descoperite.

Afecţiunile aparatului respirator (fără tbc) sunt trecute cu 33 cazuri, ale aparatului circulator cu 10 cazuri. Tubul digestiv cu 15 afecţiuni gastrice, 12 intestinale şi 3 hepatice.

Afecţiunile căilor genito-urinare cu 23 (cele mai multe ginecologice), afecţiunile cutanate cu 11 cazuri, oculare 16, ale sistemului nervos 16 şi de nas, gât şi urechi 14.

S'au notat 1 orb, 1 surdo-mut şi 1 alienat.

S'au executat 46 extracţii dentare şi s'au distribuit medicamente în 246 cazuri.

Spesele anchetei s'au ridicat la suma de 5870·— Lei, adecă 9.10 Lei de locuitor examinat.

Comuna Rusciori.

Aceasta comună se află la 12 km. depărtare de Sibiu, având o populaţie mixtă de Români şi Saşi, cei din urmă sunt în majoritate. Ocupaţia principală a locuitorilor este agricultura şi viticultura, un

procent însemnat al laptelui de pe piața Sibiului provine din această comună. Populația săsească a comunei se bucură de ciudata și încă neexplicata particularitate de a nu cunoaște nici limba săsească și nici germană vorbind numai limba românească. Avem deci o populație săsească cu limba maternă română. Aceasta particularitate a Saşilor din Rusciori e însă pe cale de dispariție, spiritul de naționalism înflăcărat ce a pus stăpânire de un timp încoace pe acești conaționali ai noștri luptă cu toate mijloacele să șteargă trecutul.

Atât din punct de vedere economic, cât și cultural populația săsească se află într'o situație mai favorabilă decât consătenii lor români.

Ancheta s'a executat în ziua de 25 Martie 1934 cu o echipă de 18 medici, 1 farmacist, 4 surori de ocrotire, 1 moașă și 1 agent sanitar. Comuna numără 795 locuitori dintre cari s'au examinat 709 adecă 89.2% din întreaga populație.

Constatări generale.

Starea materială a locuitorilor este bună în 21.7%, mediocră în 55.9% și slabă în 22.2%.

21 case au o singură cameră de locuit cu un total de 83 persoane, ceeace dă 4 persoane pe cameră de locuit;

155 case sunt cu 2 camere de locuit și un total de 611 persoane având media de 1.9 persoane pe cameră de locuit;

23 case au 3 camere și 86 persoane deci o medie de 1.2 persoane pe cameră.

Distribuția locuitorilor după scara Sundbärg dă următoarele:

Grupul	0—14 ani . .	36.6%
„	15—49 „ . .	48.7%
„	50 ani în sus .	14.7%

Prin urmare balanța biologică este foarte favorabilă, populația tânără fiind în mare majoritate.

Cea mai în vârstă persoană din comună este de 84 ani (femee). Vârsta de 80 ani este atinse încă de 3 persoane.

Constatări de ordin medical.

Dintre cele 709 persoane examinate au fost aflate bolnave 158 deci 23.5%.

Tuberculoza a fost diagnosticată în 5 cazuri cu 3 forme pulmonare și 2 osoase.

Entérites - Apendicites - Intoxications

BIOLACTYL

COMPRIMÉS : 4 à 8 comprimés par jour aux repas dans de l'eau sucrée.

LIQUIDE : Enfants : 1|4 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|4 de verre d'eau sucrée.
Adultes : 1|2 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|3 de verre d'eau sucrée.
Nourrissons : 2 à 6 cuillerées à café par jour, dans de l'eau sucrée.

Le Laxatif par excellence des Enfants ; Covalescents ; Jeunes filles ; Opérés.

LAXATIF GOBEY

(aux sucs de fruits).

Adultes : 1 cuillerée à soupe, le soir au coucher.
Enfants : 1|2 dose.

Gastro-entérites — entéro-colites — auto-intoxications — fermentations gastro-intestinales

CARBONÉSIE

(Charbon activé — Magnésie — CO^3 CA)

3 à 4 cachets par 24 heures

Angines — Brûlures — Ulcérations

NÉOL

(ozone naissant)

GARGARISMES :
2 cuil. à potage par verre d'eau.
PANSEMENTS :
Néol 1 partie — Eau 4 parties.

Sedatif non toxique des toux rebelles

CODOFORME BOTTU

SIROP PAR 24 HEURES :
Jeunes enfants : 2 à 4 cuillerées à café.
Grands enfants : 2 à 4 cuillerées à dessert.
Adultes : 2 à 4 cuillerées à potage.
COMPRIMÉS : Adultes : 5 à 8 par 24 heures.
Enfants : 2 à 3 par 24 heures.

Vaginites — Métrites — Leucorrhées, etc.

NEOLIDES

(Comprimés oxigénants)
(ne tachent pas)

1 à 4 Néolides par injection vaginale.

Anémies — Hémorragies

HEMOSTYL

du Dr. ROUSSEL
(sérum hémopoïétique de cheval)

FLACONS-AMPOULES : 1 à 2 amp. par jour per os.
SIROP : 2 à 3 cuillerées par jour.

Rachitisme — Troubles de croissance
Tuberculose — Allaitement — Fractures

CALCIGÉNOL IRRADIÉ

(Phosphate Pinard + Vitamine D)

PAR 24 HEURES : 2 cuil. a potage **(Adultes)** — 2 cuil. à dessert **(Enfants)** — 2 cuil. à café **(Nourrissons).**

Dermatoses non suppurées

INOTYOL

(Pommade — Poudre — Ovules-Suppositoires)

Prévient l'infection, jugule les septicémies

PYOFORMINE

(Pus aseptique + Uroformine)
ni choc — ni douleur

1 à 2 ampoules par 24 heures en injections intra-musculaires

Dermatoses suppurées-furonculose-acné

INOSEPTA

(Pomade aux Antivirus)

Antiseptique du sang, des voies biliaires, des voies urinaires

UROFORMINE GOBEY

(Hexaméthylène-tétramine pure)
comprimés de 0 g. 50

2 à 6 comprimés par 24 heures, dissous dans de l'eau froide.

AGENT GENERAL POUR LA ROUMANIE

RENÉ DUNOD

103, STR. TOAMNEI
BUCAREST III.
Téléphone : 2.21-38

CHINOIN S.A.

CODERIT

tablete

Expectorant şi sedativ al tusei seci şi chinuitoare.

Cedarea rapidă a iritaţiunii inflamatorii mucoasei bronchiilor, precum şi facilitarea expectoraţiei şi calmarea centrului respirator.

Tuburi originale a câte 10 tablete.

REPREZENTANŢA GENERALĂ: FREDERIC SPODHEIM & Cº S.A. BUCUREŞTI-I-STR-SFT-CONSTANTIN-4

CORDISAN

SAPIC

Analeptic şi Cardiotonic

pe bază de Trimethylpentamethylencarbonat de sodiu 15% şi Trimethylxantină 15%.

Insuficienţă cardiacă,
Maladii infecţioase acute,
Pneumonie,
Edem pulmonar,
Stări de Colaps.

Profilactic în chirurgie şi obstetrică.

Dozare:
15—25 picături
în puţină apă pe zi.

Preţ pentru public:
1 flacon 15 gr. Lei 85·—

Mostre şi literatură serveşte la cerere

SAPIC S. A.
pentru industria chimică
Bucureşti VI. Str. Cazărmii 89

Sifilisul a fost găsit într'un singur caz fără manifestaţiuni clinice extreme. S'au luat 16 probe de sânge pentru reacţia Wassermann cu 15 rezultate negative şi 1 pozitiv.

Tumori maligne nu s'au găsit.

Afecţiunile aparatului respirator (fără tbc) au fost diagnosticate în 56 cazuri cu 6 bronşite cronice, astm bronşial şi pleurezii.

Afecţiunile aparatului circulator sunt 30 dintre cari organice 25 şi funcţionale 4.

Tubul digestiv este notat cu 43 afecţiuni gastrice, 1 hepatică şi 1 renală.

Sistemul urogenital cu 8 cazuri, 17 afecţiuni nervoase, 12 cutanate, 16 oculare, 4 ale laringelui, 6 ale urechilor.

S'au notat 2 guşaţi, 2 cretini şi 1 surdo-mut.

Extracţii dentare s'au executat 20.

Medicamente gratuite s'au distribuit în 202 cazuri.

Spesele anchetei s'au ridicat la 4433 Lei, adecă 6.50 Lei de cap de locuitor examinat.

Dr. I. Stoichiţia
Dr. I. Cosma

Înfiinţarea unei Societăţi de „SALVARE“ în Sibiu.

In ziua de 13 Iunie 1936 s'au întrunit în Sala mare a Prefecturei de judeţ reprezentanţii industriilor, a comerţului, a băncilor şi ai autorităţilor din localitate pentru a discuta necesitatea şi modalităţile de înfiinţare a unei Societăţi de „SALVARE“ în Sibiu.

Şedinţa a fost prezidată de Dl Prefect *N. Regman* care după ce salută pe cei prezenţi arată scopul întrunirei şi face un călduros apel către toată lumea de bine din Sibiu pentru a contribui la înfiinţarea „SALVĂRII“ realizându-se prin aceasta o însemnată operă socială şi umanitară.

După expunerea amplă şi documentată a D-lui Inspector General Sanitar *Dr. I. Stoichiţia* şi după observaţiile D-lor *Dr. Sturza, Dr. Cosma, Director Tâmpănariu,* fabricant *Fabritius,* inginer *Roşca, Schnell,* etc., — se hotăreşte în unanimitate înfiinţarea Societăţii de „SALVARE“, cei prezenţi declarându-se ca membrii fondatori. Se constitue apoi Comitetul de iniţiativă şi organizare şi se hotăreşte lansarea alăturatului APEL către publicul sibian pentru a se înscrie printre membrii fondatori ai acestei Societăţi chemată să îndeplinească un însemnat rol sanitar şi umanitar.

Intre primii cari s'au înscris ca membri fondatori încă în şedinţă remarcăm pe fraţii Răspop cu suma de 5000 Lei taxă de fondare şi fondul sanitar al municipiului prin Dl Dr. I. Sturza cu 50.000 Lei taxă de fondare. Totodată amintim că filiala Sibiu a Societăţii „Crucea Roşie“ într'o şedinţă anterioară a hotărât să se înscrie ca membru fondator cu suma de 5000 Lei.

Comitetul de iniţiativă al Societăţii „SALVAREA", Sibiu

APEL!

Condiţiunile foarte rudimentare şi adeseori neumane în care se face transportarea bolnavilor şi în special a accidentaţilor nu ne mai poate lăsa nepăsători. Din cauza transportului primitiv, în foarte multe cazuri, bolnavii şi accidentaţii au de suferit consecinţe grave şi adeseori îşi periclitează viaţa fiind transportaţi dela distanţe mari cu însemnate întârzieli către centrele spitaliceşti din Sibiu. Mor cu zile acei nenorociţi numai şi numai din cauza că Sibiului îi lipsesc încă şi azi, în epoca maşinismului celui mai avansat, mijloace civilizate de transport pentru bolnavi. Acelaşi inconvenient se întâmpină în combaterea epidemiilor, bolnavii contagioşi fiind transportaţi nu numai în condiţiuni neumane, ci în acelaşi timp în condiţiuni cari favorizează propagarea infecţiei şi primejduesc sănătatea colectivităţii. In afară de aceasta lipseşte Sibiului un post permanent de prim ajutor medical pentru orice caz grabnic de boală, accident sau intoxicaţiune.

Aceste mari inconveniente cari primejduesc în mod serios sănătatea şi viaţa concetăţenilor noştri se pot remedia prin înfiinţarea şi organizarea unei Societăţi de „Salvare" (Rettungsgesellschaft, Mentőegyesület). Inf'inţarea „Salvării" este imperios şi urgent necesară într'un oraş ca Sibiul, care pe lângă că este un important centru industrial, mai este în acelaşi timp şi unul dintre cele mai însemnate centre şcolare şi militare din Ţară. Nu este posibil şi nici nu este admisibil ca o societate civilizată cu administraţii dornice de progres şi cu atâtea societăţi şi asociaţii profesionale şi de binefacere să se desintereseze complet de soartea şi viaţa acelora cari în vârtejul muncii zilnice de multe ori îşi pun viaţa în primejdie.

Pe deplin încredinţaţi că Societatea „Salvarea" nu numai că va umplea o mare şi prea simţită lacună în viaţa sanitară şi socială a Sibiului, dar că, prin temeinica ei organizare va alina multe dureri şi va scăpa dela moarte multe vieţi, redând familiilor pe ocrotitorii lor şi societăţii pe factorii ei productivi, facem un călduros apel către toate forţele conştiente ale Sibiului şi rugăm cu stăruinţă toate societăţile, asociaţiile, industriile, instituţiile bancare, autorităţile şi pe toţi cetăţenii oraşului şi judeţului dornici de a contribui la înfăptuirea acestei mari opere sociale şi umanitare, să se înscrie ca membri fondatori ai Societăţii „SALVAREA" din Sibiu.

Având un număr de cel puţin 100 adeziuni din partea societăţilor şi particularilor, Comitetul de iniţiativă va convoca fără întârziere adunarea generală constitutivă pentru votarea Statutelor şi pentru punerea în funcţiune a Societăţii.

Sibiu, la 15 Iunie 1936.

Comitetul de iniţiativă şi organizare:

Prefectul judeţului, Primarul Municip., Inspector General Sanit.,
Medic Primar Jud., Medic Şef al Municip., Medic Şef Casa Cerc., Preş. Cam. de Ind. şi Comerţ, Dir. Casei Cercuale, Insp. Industrial, Medic Prim. Dir. Spit. Publ. Sibiu, Camera de Muncă, Reun. Industr.

Parlamentarii judeţului.

Uzina Electrică, Sfatul Negustoresc. Gremiul Comercial, Banca „Albina", Banca „Naţională", Banca Sparkassa, Banca Bodenkreditanstalt, Prima Ardeleană, Banca „Transilvania", Fabrica Rieger, Fabrica Fabritius, Uzinele Feltrinelli, Fabrica „Lica", Fabrica Românofir, Fabrica „Union" Cisnădie, Fabrica Gromen & Herbert, Asociaţia Birtaşilor, Ugir, Firma Jikeli, Firma Floaşiu, Firma Misselbacher, Firma Wermescher, Sanatorul „Martin Luther". Viticultura.

Nou!

Octinum

(Metiloctenilamină)

«Knoll»

Spasmolitic şi analgetic la dureri provenite din spasme

Indicaţiuni:

Stări spastice ale regiunii gastro-intestinale superioare,

ulcer al stomacului şi duodenului,

spasme — urmări ale unor operaţii gastro-intestinale anterioare,

gastralgii din hipersecreţiune (pentru înlocuirea terapiei alcaline),

spasme ale căilor biliare, renale şi vezicale,

constipaţiuni spastice,

dismenoree spastică.

Ambalaje originale:

Tablete à 0,15 gr. (Octinum bitartaric)
Tuburi cu 10 bucăţi.

Lichid (soluţie 10 % de Octinum hidrocloric)
Sticle cu 10 gr.

Fiole à 1,1 cm^3
(1 cm^3 conţine 0,1 gr. Octinum hidrocloric)
Cutii cu 5 bucăţi.

Dosaj:

De 3 ori pe zi 1 tabletă sau 15–20 picături; la nevoe doze duble. — Se va lua cu nu prea puţin lichid. — Subcutanat de 2–3 ori pe zi 1/2–1 fiolă, intramuscular de 2–3 ori pe zi 1/2 fiolă.

Eşantioane şi literatură prin:

KNOLL S. A. R.
Produse chimico-farmaceutice
str. Atena 29, Bucureşti III.

La durerile viscerale

Luverin

tablete

Compoziție de acid fenilaetylbarbituric, atropin metyl bromid papaverină,

Calmează durerile și suprimă contracțiunile spasmodice acționând asupra musculaturii netede

Preparat nou

La dureri 2 tablete Eventual doza se poate mări.

Mostre și literatură servește la cerere

DR. WANDER S. A.

București—Str. Cazărmii 89

Laboratoires MARONNEAU-MOREL

156, rue des Fauvelles **Courbevoie — France**

ATOLYSAN

(granulat efervescent)

Diuretic—Antiseptic urinar—Urocolitic

COMPOZIȚIE:

Acest complex cuprinde **diferiți urocolitici** asociați în mod rațional. Acțiunea lor este favorizată prin adăogirea de **theobromina** ceeace mărește cuantumul diurezei și în mod indirect puterea de eliminare a urinei. Prezența **Hexametilentetraminei** asigură dealtfel antisepsia căilor urinare.

Constitue un medicament foarte activ al manifestărilor urinare.

INDICAȚIUNI: **Gută—Reumatism—Artritism.**

DOZE: Preventiv: 3 linguriță pe zi într'un pahar cu apă.
Curativ: 3 linguri pe zi într'un pahar cu apă.

Eșantioane și literatură

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.

Str. Zorilor 2 — BUCUREȘTI.

Haţieganu-Goia: **Tratament elementar de semiologie şi patologie medicală. Volum. II. Cluj 1936.**

Autorii Tratatului elementar de semiologie şi patologie medicală se ţin cu exactitate de programul stabilit. Volumul II. al Tratatului apare la termenul fixat în prefaţa primului volum şi sperăm că în termen de alţi 2 ani vom putea saluta apariţia celui de al III-lea volum prin care aceasta însemnată şi fundamentală operă medicală va fi desăvârşită spre gloria ştiinţei medicale româneşti.

Volumul II al Tratatului elementar de semiologie şi patologie medicală cuprinde 652 pagini, format mare şi este executat în cele mai perfecte condiţiuni tehnice, având numeroase planşe, desene şi fotografii, în cea mai mare parte originale.

Autorii tratează în acest volum *semiologia şi patologia aparatului digestiv şi al splinei.* Urmând şi amplificând metoda întrebuinţată la scrierea primului volum, se tratează *împreună* semiologia şi patologia fiecărui organ dupăce în partea introductivă a fiecărui capitol se dau noţiunile necesare de *anatomie şi fiziologie.* Metoda este cât se poate de bună şi ea redă fidel concepţia modernă şi de atâtea ori verificată care domină gândirea clinică a Şcolii medicale dela Cluj. Un specific al Tratatului este tocmai aceasta *metodă proprie* rezultată dintr'o fericită îmbinare a ideologiei franceze şi germane, transplantată şi adaptată mediului nostru autohton. In afară de aceasta la numeroase capitole se aduce şi o însemnată contribuţie *originală* prin noi metode de investigaţie elaborate în Clinica medicală din Cluj şi prin observaţii personale de mare valoare. Tratatul poartă timbrul specific al Şcolii clujene, el se distinge prin *metodă şi claritate* şi putem afirma fără exagerare că va rămânea încă pentru multă vreme un *Tratat clasic românesc* de patologie medicală.

Volumul II cuprinde următoarele capitole:

1. Semiologia gurei şi a faringelui; 2. Bolile gurei şi ale faringelui; 3. Noţiuni anatomo-fiziologice asupra esofagului; 4. Bolile esofagului; 5. Explorarea generală a abdomenului; 6. Noţiuni anatomo-fiziologice asupra stomacului; 7. Semiologia stomacului; 8. Bolile stomacului; 9. Noţiuni anatomo-fiziologice asupra intestinului; 10. Semiologia tubului digestiv; 11. Bolile intestinului; 12. Rectoscopia; 13. Noţiuni anatomo-fiziologice asupra ficatului; 14. Semiologia ficatului; 15. Bolile ficatului; 16. Noţiuni anatomo-fiziologice asupra pancreasului; 17. Semiologia pancreasului; 18. Bolile pancreasului; 19. Bolile peritoneului; 20. Noţiuni anatomo-fiziologice asupra splinei; 21. Semiologia splinei; 22. Bolile splinei.

Toate capitolele sunt tratate cu multă grijă şi claritate; materialul este metodic prelucrat şi fiecare subiect cuprinde o sumă întreagă de observaţii personale, de verificări şi documentări făcute la patul bolnavului sau în laborator, redându-se numai fapte precise şi ipoteze pe deplin probate şi suficient verificate. Studentul în medicină, medicul practician ca şi specialistul va găsi o orientare precisă în materia ce-l interesează şi se va putea documenta temeinic în orice chestiune. In deosebi semiologia şi patologia stomacului, intestinului şi a ficatului, — domenii în cari Clinica medicală din Cluj dispune de un enorm material documentar şi de o experienţă neîntrecută, — sunt tratate cu o rară competenţă şi cu o claritate care înseamnă o adevărată punere la punct a acestor probleme dificile de clinică şi patologie medicală. In general, fiecare capitol din acest Tratat îţi lasă impresia nu numai că este profund şi temeinic studiat, dar că este de nenumărate ori *trăit* la patul bolnavului şi în laborator.

Prin apariţia volumului II din Tratatul elementar de semiologie şi patologie medicală *Profesorii Haţieganu şi Goia* îmbo-

găţesc literatura medicală românească cu o nouă operă de mare valoare, iar Şcoala medicală românească dela Cluj se afirmă din nou şi cu multă demnitate prin muncă metodică şi perseverentă; prin competenţă necontestată şi printr'un înalt spirit creator.

Suntem siguri că lumea medicală va primi cu satisfacţie şi bucurie aceasta nouă creaţie românească căreia îi prorocim, pe merit, un şir lung de ediţii.

Dr. I. Stoichiţia

I. Stoia şi P. Stănciulescu: **Le Cancer (Etudes anatomo-chimiques)** *Editura Masson din Paris. Un elegant volum de 332 pagini cu 147 planşe.*

In lunile trecute Dnul Doc. Dr. I. Stoia împreună cu asistentul Dsale Dr. Stănciulescu au făcut să apară în edit. Masson, o frumoasă şi documentată lucrare *„Le Cancer"*. Faptul că Editura Masson a editat această carte, este un puternic indiciu de seriozitatea cu care a fost lucrată. De altfel personalitatea Doc. Stoia este cunoscută de lumea medicală, din lucrările publicate, atât în revistele din ţară, cât şi în cele din streinătate, precum şi prin publicare, în anul trecut, tot la Casa Masson a interesantului volum tratând despre *rectitele* infiltrative.

Prof. Lenormant în prefaţa acestei lucrări aduce elogii autorilor, pentru întrebuinţarea metodei anatomo-clinice, pe care Dsa o consideră una din bazele medicinei ştiinţifice. Dr. Stoia şi Stănciulescu sunt (spune Prof. Lenormant) anatomo-patologişti, dar sunt în acelaş timp şi doctori cari trăesc într'un mediu medico-chirurgical şi ca atare nu au separat nici un moment studiul leziunilor de clinică şi aceasta constitue meritul şi interesul lucrării lor.

Utilizând un imens material pe care l-au avut la dispoziţie atât la clinicile Spitalului Brâncovenesc, cât şi în Spitalul Central Prof. Cantacuzino, unde Doc. Stoia conduce un frumos serviciu de medicină internă, au putut să scoată acest volum, — unic în felul său, tratând complect cele zece chestiuni ce şi le-au propus, atât din punct de vedere clinic, anatomo-patologic, precum şi tratamentul.

In acest frumos volum pe care Dr. Stoia ni-l pune la dispoziţie Dsa tratează următoarele capitole relative la tumorile maligne:

I. Studiu anatomo-clinic al cancerului primitiv al plămânului.

II. Lymfogranumatoză malignă.

III. Consideraţiuni asupra tumorilor maligne ale ovarului.

IV. Relaţia anatomică între diferitele tumori cu mieloplaxă.

V. Consideraţii asupra seminomului testicular.

VI. Cancerul pleural.

VII. Cancerul renal primitiv.

VIII. Contribuţiuni la studiul cancerului corpului tiroid.

IX. Carcinom apendicular.

X. Consideraţiuni asupra neoplasmelor căilor biliare.

In aceste zece capitole anatome patologul Stoia tratează cu multă competinţă anatomia patologică a diferitelor tumori maligne, îmbogăţind textul cu foarte multe planşe demonstrative micro-scopice personale şi caută în acelaş timp a face studiul arid anatomo-patologic mai plăcut, prin descrierea observaţiunilor clinice zi de zi, la patul bolnavilor.

Această lucrare fiind rodul unei munci coordonate şi tenace, — unei inteligenţe deosebite a ştiinţei româneşti este un manual care trebue să preocupe atât pe anatomo-patologi, pe chirurgi, internişti, precum şi pe toţi medicii practicieni.

Prin lucrarea *„Le Cancer"* autorii au contribuit cu o părticică la progresele medicinei moderne, afirmând prin aceasta lumei medicale universale că ştiinţa medicală românească e clădită pe bazele cele mai serioase.

Felicităm entuziast pe autori şi aşteptăm ca opera lor începută prin acest instructiv volum să fie complectată prin tratarea tot aşa de magistral şi a celorlalte capitole din cancer.

Dr. C. Ivan

Prof. Dr. Gh. Popovici: **Elemente de pediatrie şi puericultură.** Vol. I. 203 pagini. Tipografia „Lumina", Cluj, 1936.

Noua operă a Dlui Profesor Popovici isvorâtă din aceiaşi sinceră grije a profesorului pentru pregătirea viitorului medic — de data aceasta în domeniul atât de important al sănătăţii noului născut, al sugaciului şi al copilului — umple un gol adânc resimţit în literatura medicală românească.

Pătruns de marea valoare a puericulturei şi angrenajul mijloacelor de promovare excedentului de natalitate, autorul porneşte la această operă cu entuziasm şi cu competinţă obţinută prin îndelungata experienţă pe terenul clinicei infantile dublată de pregătirea savantă în domeniul fiziologiei.

In primul volum se ocupă de fiziologia noului născut, de igiena şi ocrotirea copilului.

In capitolele în care tratează desvoltarea, îngrijirea şi alimentaţia copilului autorul redă elementele de bază ale fiziologiei noului născut ilustrate prin grafice, scheme şi desene foarte eloquente dintre care majoritatea lor sunt rodul unei munci personale sau de colaborare cu asistenţii şi elevii Dsale.

La studiul fiziologiei funcţiunii tubului digestiv şi a fiziologiei metabolismului evidenţiază rolul factorilor minerali în special al Ca. P. S. în echilibrul osmotic şi de desvoltare al organismului noului născut şi a copilului. Funcţiunea de creştere a noului născut este asigurată de ingerarea de apă, de alimentele minerale ca sărurile şi elementele organice, idraţii de cărbune şi proteine. La aceste se adaugă vitaminele sau funcţiunea lor catalitică de prim ordin şi grăsimile.

Trecând la problema delicată a alimentaţiei copilului autorul demonstrează valoarea alimentară a diferitelor substanţe alimentare accentuând că cel mai bun aliment pentru noul născut şi sugaciu este laptele de mamă. Redă un număr bogat de regimuri alimentare cu aplicaţie practică în alimentaţia copiilor cu constituţiuni normale sau tulburate.

In partea a doua se ocupă de ocrotirea mamei şi a copilului şi făcând bilanţul natalităţii şi a mortalităţii arată că din nefericire România se situează printre Ţările cu cel mai mare procent de mortalitate infantilă. Natalitatea, situează România printre primele ţări de asemenea însă excedentul de natalitate din cauza mortalităţii mari infantile este mic faţă de celelalte ţări. Aceasta mortalitate infantilă se menţine neschimbată de 40 de ani la acelaş nivel până când celelalte ţări au reuşit să reducă an de an mortalitatea infantilă.

In statisticile care le prezintă evidenţiază trista situaţie a scăderii natalităţii în toate provinciile. Excedentul de natalitate scade progresiv din motivul că mortalitatea infantilă se menţine la acelaş nivel înalt.

Cauzele mortalităţii infantile aşa cum au fost stabilite de ancheta internaţională făcută sub egida Societăţii Naţiunilor în trei circumscripţii rurale în provinciile Ardeal, Muntenia şi Moldova sunt mortalitatea precoce cu debilitatea congenitală, o concepe raţional şi o expune clar şi documentat cu statistici impresionante.

La vârsta preşcolară mortalitatea mare revine bolilor contagioase, difteria, scarlatina, pojar etc Autorul insistă asupra faptului că tuberculoza este o cauză foarte importantă de mortalitate deşi în mod obişnuit nu este luată în considerare din cauza dificultăţilor de diagnostic.

Mortalitatea prin tuberculoză din această cauză este înglobată în mortalitatea bolilor aparatului respirator şi a infecţiunilor banale.

Organizarea ocrotirei la aceasta vârstă este mai complexă. Mijloacele de luptă sunt stimularea stării generale, obţinerea imunităţii contra bolilor infectoase prin vaccinarea contra difteriei, scarlatinei etc. Organizarea unor centre serologice antimorbiloase etc. La aceste măsuri de ordin medical se mai adaugă măsuri de ordin

social ca: crearea oficiilor de ocrotire, a dispensarului puericultural la oraş, a casei de ocrotire la sate (ocrotirea deschisă), leagănul sau căminul de zi, pentru mamele care muncesc în afara domiciliului (ocrotirea semiînchisă), azilelor de copii (ocrotirea închisă).

La vârsta şcolară ocrotirea tinde să combată bolile infecţioase şi a noului factor, a defectelor dentare şi nasofaringiene. Ocrotirea şcolară cade în sarcina medicului şcolar care supraveghiază desvoltarea copilului, igiena şcolarului şi a edificiilor, boalele infecţioase cu afecţiunile aparatului respirator şi tulburările digestive. La aceşti factori se mai adaugă alţii de ordin naţional, economic şi cultural.

Tratând importanta problemă a ocrotirii copilului şi a mamei în diferite faze: preconcepţional, prenatal, natal şi postnatal autorul valorizează un număr mare de statistici făcute personal în plasa sanitară model din Gilău. Arată mortalitatea mare la copiii mamelor neasistate în timpul sarcinei şi scăderea acestei mortalităţi odată cu intensificarea metodelor de ocrotire.

Ocrotirea intranatală şi postnatală asigură evoluţia normală a sarcinei, combate mortalitatea şi morbiditatea intranatală, previne complicaţiile din timpul sarcinei şi a naşterii şi combate mortalitatea precoce. Grafica dela pag. 127 ilustrează plastic diferenţa extrem de mare între mortinatalitatea şi mortalitatea precoce la mamele asistate de medic şi între cele asistate de moaşe diplomată sau empirică.

Problema ocrotirii copilului de sân comportă preocuparea pentru combaterea „pericolului congenital", a „pericolului alimentar" şi a „pericolului infecţios".

Eficacitatea măsurilor de ocrotire este foarte mare şi rezultatele sunt dintre cele mai impresionante din câte se obţin în domeniul sanitar. Astfel din statistica dela pagina 192 se poate vedea considerabila scădere a mortalităţii infantile dela 22% în anul 1929 la 17,5% în 1931 şi 13,6% în 1933 în urma măsurilor de ocrotire.

Aceste rezultate atât de încurajatoare obţinute într'un interval scurt de timp trebue să constituească un stimul pentru intensificarea şi organizarea luptei contra mortalităţii infantile.

Cartea d-lui Profesor Popovici este o piatră de bazalt la fundamentul uriaşei opere de care depinde sănătatea şi viitorul populaţiei ţării.

Dr. Const. G. Banu.

Revista revistelor.

Anemia pernicioasă şi sarcina de *Dr. Ferd. Corelli*, Minerva Medica 1935, Nr. 12.

Autorul referă despre o pacientă de 42 ani care suferea de 7 ani de anemie pernicioasă. In timpul de faţă nu are decât simptome nervoase. Tratamentul urmat hepatoterapie parenterală. Dela începutul anemiei bolnava a avut 3 avorturi. In cele din urmă o sarcină însă la termen şi naşterea unui copil sănătos, care a fost chiar alăptat. In timpul sarcinei bolnava a fost sub continuă observaţie medicală administrându-i-se ficat şi fier. Există deci cazuri în cari gravidele cu anemie pernicioasă pot trece perioada sarcinei dacă sunt tratate cu ficat şi fier, starea nu a fost deci agravată din cauza sarcinei. In cazuri grave de anemie pernicioasă este desigur necesară o întrerupere a sarcinei dacă tratamentul intens cu ficat şi fier peroral şi parenteral nu dă rezultate. In cazul de faţă, tratamentul parenteral cu *Hepracton „Merck"* s'a dovedit a fi foarte bun.

Dr. C. I.

Despre desinfecţiunea purtătorilor de bacili difterici prin Pyoktanin de *Dr. Arthur Meyer*, Berlin—Schöneberg, Medizinische Klinik 1935; Nr. 3, Pag. 87.

Autorul arată rezultatele obţinute prin tratamentul cu *Pyoktanin* la purtătorii de bacili difterici. — Procedeul urmat pentru aceasta: de 2—3 ori pe săptămână badijonări ale nasului, nasoferinxului şi amigdalelor cu o soluţiune 3% de Pyoktanin, coeruleum în alcool 80%. Încă din 1932 autorul a făcut o comunicare despre 20 cazuri, dintre cari la 19 bacilii au dispărut complet. De atunci autorul a mai tratat 12 cazuri noi a căror desinfecţiune a reuşit pe deplin. Radioterapia este considerată de autor ca o metodă care trebue abandonată deoarece dă rezultate nesigure, putând produce şi turburări nedorite. Pyoktanin, coeruleum în soluţiune alcoolică 3% a satisfăcut perfect toate pretenţiunile în această direcţie, fiind şi foarte puţin costisitor. Aplicaţiunea în soluţiune alcoolică este de o mare importanţă deoarece se pretează la o difuzare mare prin tensiunea sa superficială şi este foarte probabil că pătrunde adânc în toate cutele şi lacunele mucoaselor. Soluţiunea va fi aplicată cu ajutorul unui tampon de vată cu care se vor badijona uşor mucoasele.

Dr. C. I.

Din activitatea Colegiului şi Asociaţiei generale a medicilor Sibiu.

Conferinţe.

In 21 Mai 1936 Domnul Inspector General Sanitar Dr. I. Stoichiţia *a ţinut în cadrele „Astrei" în comuna* Ilimbav *o conferinţă publică vorbind despre: „Cunoştinţe folositoare despre bolile molipsitoare şi combaterea lor".*

In ziua de 7 Iunie 1936 tot D-sa a ţinut o conferinţă în cadrele „Astrei" în comuna Sadu *despre: „Sfaturi folositoare pentru păstrarea sănătăţii şi combaterea epidemiilor", iar în 8 Iunie 1936 în comuna* Sălişte *despre: „Astra" şi însemnătatea şcolilor superioare ţărăneşti".*

In ziua de 7 Iunie 1936 Dl medic primar director Dr. Liviu Ionaşiu a ţinut o conferinţă în comuna Cisnădie *despre: „Cum să ne apărăm de bolile molipsitoare".*

Activitatea medico-socială.

In ziua de 25 Martie 1936 o echipă compusă din Domnii: Dr. I. Stoichiţia, Dr. I. Cosma, Dr. L. Ionaşiu, Dr. I. Gheorghiu, Dr. Dumitrescu At., Dr. Matinca I. şi Dr. Banu C. au examinat pe toţi elevii Şcolii primare de Stat din comuna Şelimbăr. *Cu aceasta ocaziune s'au completat 80 de fişe sanitare şcolare cuprinzând date privitoare la: igiena locuinţei; antecedente personale şi heredo-colaterale; date privitoare la comportarea elevului în şcoală (inteligenţă, atenţiune, etc.); date antropometrice; examen oftalmologic; examen otorinolaringologic; examen neuro-psihiatric; examen dermato-veneric; examen intern şi examen dentar. S'a executat reacţia Pirqet la toţi elevii şcolari rămânând ca o parte a lor să fie supuşi unui examen radiologic în Sibiu.*

In zilele de 3 Mai, 9 Mai, 13 Mai, 24 Mai şi 28 Mai 1936 echipa compusă din Domnii: Dr. I. Stoichiţia, Dr. I. Cosma, Dr. L. Ionaşiu, Dr. Gh. Păcurariu, Dr. Gheorghiu I., Dr. Dumitrescu Atanasie, Dr. Stupariu L., Dr. Banu C., Dr. Ilcuşiu E., Dr. Bucur I., Dr. Matinca, Dr. Petrescu E., Dr. Blaga R. şi D-şoara M. Manta, revizoare de ocrotire au examinat pe aproape toţi elevii Şcolii primare de Stat din comuna Răşinari. *S'au complectat în total 654 fişe sanitare şcolare cu toate datele cercetărilor şi examinărilor făcute.*

In zilele de 1 Mai, 7 Mai, 11 Mai, 22 Mai şi 26 Mai 1936 Dl Dr. I. Cosma şi D-şoara M. Manta au executat reacţia Pirqet la toţi elevii şcolari.

Fişele sanitare ale elevilor şcolari se mai completează cu rezultatul examinărilor radiologice şi examenelor de laborator. *is.*

Activitatea »Cercului Medical« din Diciosânmartin în anul 1935.

In cursul anului trecut „Cercul Medical", care abea luase fiinţă, a ţinut 14 şedinţe în care s'a tratat următoarele subiecte:

D-na Dr. Cahana: *Tratamentul plăgilor atonice cu miere de stup.*

Zona Zoster la un paralitic general.
Hormonii corpului galben (referat).
Anatoxina stafilococică (referat).

Dl Dr. Cahana: *Influența parotiroidelor în patologie.*
Tratamentul reumatic cu Polyglandol și hypofiză.
Boala lui Simons.
Tetania.

Dl Dr. Csegezi: *Considerațiuni asupra unui caz de Epilepsie siee Histerie.*

Dl Dr. Friedman: *Pneomotoraxul.*

Dl Dr. Henrich: *Boala lui Fèer.*

Dl Dr. Lebovics: *Combaterea Difteriei la circumscripție rurală.*

Dl Dr. Săroiu: *Concubinajul și combaterea lui.*
Avortul incomplect.
Parametritele cu graviditate.
Maladia lui Nicolas-Favre.
Tratamentul reumatismului cu Immenin (referat).
Disfuncțiile ovariene.
Tifosul exantematic.
Vaccinările în mediu urban cu anatoxină Difterică și Scarlatinoasă.

Dl Dr. Szöcs: *Diabetul.*
Hematuriile.
Flora microbiană oculară și leziunile consecutive.

D-ra Dr. Sved: *Tratamentul Tromboflebitei cu Camponal.*

Felicităm „Cercul Medical" și-i dorim și pe viitor o activitate cât mai bogată și îndelungată.

Din activitatea spitalului de stat din Reghin jud. Mureș în anul 1935.

Spitalul dispune de 100 paturi, în cursul anului au intrat 1615 bolnavi; 871 bărbați și 744 femei. După afecțiuni au fost 358 cazuri cu boli infecto-contagioase; 218 cu maladii venerice; 12 cu boli de ochi; 14 cu boli nervoase; 505 cu boli chirurgicale și 508 cu boli interne. S'a făcut intervenții chirurgicale la 505 bolnavi cu o mortalitate de 3,56%. Secția de radiologie a avut următoarea activitate: 328 radioscopii, 66 radiografii și la 55 bolnavi s'a făcut radioterapie. — La ambulatorul spitalului s'a dat în total 1078 consultații gratuite și s'a tratat 280 bolnavi ambulanți, precum și 798 cu sifilis.

Cei 1615 bolnavi tratați în spital au avut în totat 27,715 zile de căutare, au eșit 1562 vindecați, 15 staționari și 38 morți.

Dela bolnavi cu plată s'a încasat 382,270 Lei, iar 628 bolnavi au fost tratați în mod gratuit.

Note şi informaţiuni.

A apărut „Revista Spitalelor" *din iniţiativa medicilor primari ai* „Spitalului Central Prof. Dr. I. Cantacuzino", *Bucureşti. Redactată această nouă publicaţie de factori atât de importanţi ai vieţii medicale româneşti, nu poate fi decât de un real folos ştiinţii medicale, iar valoarea aleasă a acestei distinse grupări, este chezăşia cea mai sigură de contribuţia merituoasă ce o va aduce medicinii româneşti. Redacţia acestui organ oferă coloanele revistei la dispoziţia în deosebi medicilor curativi, solicitându-i a se concentra în jurul ei pentru a fi tribună activităţii lor.*

Tot acest grup de distinşi medici primari au fost primii, cari sau sesizat de necesitatea înfiinţării „Asociaţiei medicilor de spitale şi dispensarii", *care a luat fiinţă în anul trecut, cu menirea de a fi exponentul aspiraţiilor şi deziteratelor corpului medical curativ, sub preşidenţia* d-lui Prof. Agreg. Dr. Paulian.

Tot în aceste cadre s'a înfiinţat în anul 1933 „Societatea Anatomă-Clinică", *care a primit în prezent bază mai largi de fecundă activitate, sub preşidenţia* d-lui Docent Dr. I. Stoia.

Iniţiativele acestea frumoase îşi găsesc sigur izvorul într'o activare entuziastă de muncă, într'o bogăţie aleasă de cunoştinţe, într'o pasiune creatoare de realizări şi progres şi pe acest teren al sănătăţii publice; pe care a activat până acum cu energică asiduitate şi cu tot avântul mai ales „România Medicală" *de sub conducerea iubitului nostru preşedinte al* Asociaţiei Generale a Medicilor *dl Prof. D. P. Tomescu.*

Aducem „Revistei Spitalelor" călduroase felicitări şi urări de izbândă deplină pentru a fi adevărat areopag ştiinţific.

O. Filipescu.

Congresul Asociaţiei Generale a Medicilor. *In 17 Mai s'a ţinut în Bucureşti congresul Asociaţiei Generale a Medicilor la care a luat parte un număr foarte frumos de medici din întreagă ţara.*

Congresul a fost prezidat de dl prof. Dr. P. Tomescu, *care în cuvântarea de deschidere după ce aduce omagiile de credinţă medicilor din România pentru M. S. Regele; şi pentru generaţia de medici conducători ai asociaţiei în cursul celor 36 ani de existenţă, într'o documentată conferinţă vorbeşte despre:* Rolul, drepturile şi datoriile corporaţiei medicale în stat.

Dl secretar general al Ministerului Sănătăţii prof. Dr. Titu Gane, *spune că propunerile, ideile şi soluţiile asociaţiei medicilor se confundă aproape integral cu acelea ale sănătăţii publice, din care cauză formează obiect de atentă examinare din partea Ministrului Sănătăţii. Pentru realizarea revendicărilor corpului medical, pe care le socoteşte îndreptăţite, asigură congresul de tot concursul Ministrului Sănătăţii.*

Dl Dr. I. Ţovaru, *secretarul general al Asociaţiei medicilor, raportează activitatea comitetului central pe anul trecut. Dintre problemele ce a ocupat mai mult comitetul şi la cari au obţinut soluţionări favorabile aminteşte: obţinerea gradaţiilor medicilor, înzestrarea şi utilarea serviciilor spitaliceşti din ţară, înjghebarea casei de asigurări a medicilor, întronarea concursurilor în ocuparea posturilor medicale, cumpărarea unui nou local confortabil în centrul Capitalei ce va servi ca club al medicilor, precum şi o seamă de realizări mai mărunte.*

Dl Dr. I. Constantinescu, *casierul asociaţiei arată situaţia financiară pe anul 1935, precum şi pe cele 4 luni scurse din 1936.*

Dl Insp. General Sanitar Dr. I. Stoichiţia, *raportor al salarizării medicilor în noul proect de încadrare a funcţionarilor publici, arată că salarizarea medicilor funcţionari este nedreaptă şi insuficientă, în raport cu celelalte categorii de funcţionari. In ultimii 6 ani au suferit o reducere de salarii între 40—48% faţă de anul 1930, chiar în această perioadă când s'a accentuat criza economică şi ca o consecinţă firească a scăzut aproape până la dispariţie veniturile din practica medicală. Dsa demonstrează că medicii au devenit simpli funcţionari sanitari fără de nici o altă sursă de venit şi în consecinţă cere să se reglementeze salariile medicilor în cadrele unui corp technic medical. Propune următoarea moţiune, care se votează cu unanimitate:*

1. Conform art. 188 şi 235 din Legea sanitară prin care se crează corpul tehnic al medicilor şi se prevede stabilirea salariilor printr'o lege specială, cerem ca această lege să fie adusă cât mai curând, iar la alcătuirea ei să se ţină seamă de propunerile asociaţiilor profesionale.

2. Să se servească drept normă actualele salarii ale medicilor militari şi anume: medicul de circumscripţie sanitară rurală cu titlu definitiv, primind echivalentul salariului unui căpitan medic, medicul primar de judeţ sau şef de municipiu salariul unui medic colonel, iar inspectorul gen. sanitar salariul unui medic general din activitate.

3. Să se facă o revizuire a gradaţiilor pe care le primesc medicii funcţionari şi sporul cuvenit să fie socotit în strictă conformitate cu art. 836 din legea sanitară.

4. Medicii şcolari să fie încadraţi conform legii cu echivalentul salariului pe care îl primeşte un profesor secundar.

Dl Dr. Marius Georgescu e raportor al doleanţelor medicilor în legătură cu starea actuală a serviciilor sanitare publice.

Dl Dr. I. Ţeţu e raportor al Casei de Asigurare a corpului medical.

Dl Dr. Marius Popescu e raportor al Crizei practicei medicale şi remedierea ei.

Dl Prof. Dr. C. Tătaru aduce omagiile medicilor din țară d-lui prof. Dr. P. Tomescu, președintele Asociațiilor medicilor care în timpul activității sale a reușit să pună baza începutului de solidarizare a corpului medical, pentru interesele lui vitale, și cu atât mai mult că a reușit să elimine toate considerațiunile și influențele politice din asociație și să se facă numai o politică a intereselor medicale. Dsa mai face câteva observații la rapoartele prezentate la congres.

La discuțiunea generală a chestiunilor expuse au luat parte numeroși medici dintre cari citim pe dnii Dr. D-rii Anastasiu Isăcescu, A. Ionescu V. Popea, Cureleanu Gancevici, etc.

Noul comitet.

Comitetul Central al Asociației generale a medicilor ales de Adunarea generală a medicilor din țară pe o perioadă de trei ani (1936—1939) s'a constituit în modul următor:

Președinte: Prof. Dr. Petre Tomescu; Vice-președinți: Dr. Marius Georgescu; Dr. Stoichița I. (Sibiu); Dr. Topa Petre; Dr. Botez Mircea (Ploești); Dr. Moisescu Vasile. Director: Dr. Tătaru Richard. Secretari generali: Dr. Popescu Marius; Dr. Țovaru Simion. Casieri: Dr. Constantinescu I.; Dr. Firică Teodor. Bibliotecar: Dr. Claudian I. Secretari de ședință: Dr. Fulga; Dr. Dimolescu Alfred; Dr. Romanescu N.; Dr. Stroescu D.; Dr. Buia Ion (Cluj). Comisia de censori: Dr. Ionescu Anton; Dr. Andronescu Eugen; Dr. Scorțeanu Gh.

Membrii în comitet: Prof. Dr. Gane Titu; prof. Dr. Tătaru Coriolan (Cluj); Agr. Dr. Marinescu Gh.; Dr. Negrutzi I. (Ploești); Dr. Col. Ciurea; Dr. Hasnaș N. (Tg.-Jiu); Dr. Isăcescu Mihail (Constanța); Dr. Apostolescu Virgil (Constanța); Dr. Suciu Eugen (Timișoara); Dr. Anastasiu Ștefan; Dr. Lașcu I. (Chișinău); Dr. Nasta Marius; Dr. I. Țețu; Dr. Trifu V.; Dr. Jovin Ion; Dr. Abramovici A.; Dr. Alfandary Ovidiu; Dr. Popescu Buzeu: Dr. Stroescu Petre; Dr. Gancevici C. (Iași); Dr. Bagdasar D.; Dr. Troia V. (R.-Sărat); Dr. Strejac-Cernăuți; Dr. Vlad P. (Cluj); Dr. Nistor Pompiliu (Brașov); Dr. Lazarovici H.; Dr. Aurian-Blăjeni; Dr. Cosma (Sibiu); Dr. Neguș (Brașov); Dr. Naum Gh.; Dr. Atanasiu M. (Cerna-Vodă).

In seara zilei de 5 Iunie a. c., a avut loc ședința noului comitet central al Asociației generale a medicilor, ales de adunarea generală din 17 Mai a. c., sub președinția d-lui profesor Dr. P. Tomescu. S'a schițat programul de activitate al Comitetului Central, ținându-se seama de desbaterile urmate de congres.

Asociația va urmări următoarele puncte de program:

1. Apărarea drepturilor legale ale tuturor medicilor funcționari din serviciile publice.

2. Extinderea actualelor norme ale Ministerului Sănătății, de selecționare, inamovibilitate, stabilitate, salarizare și gradații, la medicii dela toate instituțiile aflate sub controlul statului.

3. Cercetarea cauzelor care a produs actuala criză a practicii medicale, studierea lor temeinică și lupta pentru ameliorarea situației actuale.

4. Organizarea, prin lege, în timpul cel mai scurt, a Casei de asigurare a corpului medical.

Asociația română de chirurgie și-a ales următorul comitet pentru o durată de cinci ani: Președinte: Profesor Dr. I. Bălăcescu; Vice-președinte: Dr. D. Gerota; Secretar general: Dr. Petre Topa; Casier: Dr. Ștefan Popescu.

Congresul de chirurgie din 1936, va avea loc în ziua de 8 Noemvrie 1936, sub președenția d-lui Profesor Dr. Tănăsescu, având următorul program:

1. Fractura coloanei vertebrale, raportori: D-rii Topa și Barbilian.

2. Litiaza salivară, raportori: D-rii Dan, Teodorescu și Aleman.

3. Vaccinația pre și post operatorie, raportori: D-rii Combiescu și Crăiniceanu.

Concurs de medici primari de județ. *In ziua de 12 Iulie a. c., orele 9 a. m., va începe la Ministerul Sănătății concursul de medici primari al județelor: **Bălți, Dorohoi și Timiș-Torontal.***

Condițiunile sunt publicate în Monitorul Oficial Nr. 107 din 11 Mai 1936.

Din partea d-lui prof. O. Hulea, președintele desp. Aiud al „Astrei" primim o rectificare privitor la articolul publicat în revista noastră de către dl Dr. P. Tilicea: Dsa ne informează că inițiativa de a face și acolo anchete sanitare sau luat de către secția medicală a „Astrei" de sub conducerea d-lui Dr. T. Gruița. Au participat d-nii Maior Dr. Sorin Stoica, Dr. A. Radu, Dr. Schaun, Dr. Mihălțan, Dr. T. Mara, Dr. Crăciun.

După terminarea anchetei s'a făcut în mod gratuit tratamentul tuturor bolnavilor administrându-se în total 3971 doze de neosalvarsan la 453 bolnavi.

Posturi vacante de medici sanitari la Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale. *Conform jurnalului Consiliului de Miniștri cu Nr. 1116 din 21 Iunie 1936, publicat în Monitorul Oficial Nr. 147, din 1 Iulie 1935, și în conformitate cu art. 201 din legea sanitară, publicat în Monitorul Oficial Nr. 140 din 22 Iunie 1936, se aduce la cunoștința generală că sunt vacante următoarele posturi de medici pendinte de Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale, plătite din Bugetul Casei Sănătății:*

Medici de circumscripții:

Județul Argeș: Buzoești, Stoiceni, Brătieni.
„ *Buzău: Cilibia, Brăiești, Clodeanuri.*
„ *Dâmbovița: Brănești, Vivina, Pietrari.*
„ *Ilfov: Tâncăbești, Stoenești, Fundulele, Radovana, Dridu.*
„ *Muscel: Voinești.*
„ *Prahova: Bordeni, Ceraşu, Şoimari.*
„ *Putna: Orbeni.*
„ *R.-Sărat: Tâmboești, Dealul-Lung.*
„ *Teleorman: Siliștea-Gumești, Vârtoapele, Dobrotești.*
„ *Vlașca: Scurtu.*
„ *Baia: Tătăruș.*
„ *Cernăuți: Zvineace.*
„ *Dorohoi: Vârful-Câmpului.*
„ *Hotin: Badragii-Vechi, Hodorăuți, Văscăuți.*
„ *Rădăuți: Calafindești, Voitinel.*
„ *Storojineț: Răstoace, Carapciu pe Siret.*
„ *Suceava: Arbore.*
„ *Bălți: Recea, Heciu-Vechi, Zgărdești, Ghiriteni, Sturzești.*
„ *Cahul: Carpești.*
„ *Cetatea-Albă: Gara-Hasan, Tăruceanca, Acmanghit.*
„ *Lăpușna: Duca, Scoreni.*
„ *Orhei: Malovata.*
„ *Soroca; Sudarca, Rublenița, Ghizdița.*
„ *Tighina: Cara-Murza, Ermoclia.*
„ *Bihor: Lunca.*
„ *Cluj: Săcuieni, Aschileul-Mare.*
„ *Maramureș: Giulești.*
„ *Mureș: Sărmaș.*
„ *Sălaj: Năpradea.*
„ *Turda: Avram Iancu, Cuci.*
„ *Brăila: Stăncuța:*
„ *Durostor: Haschioi, Giulerchioi, Vischioi.*
„ *Ialomița: Cocargeaua, Potcoava.*
„ *Dolj: Maglavit, Argetoaia.*
„ *Mehedinți: Ciovârnășeni, Obârșia de Câmp.*
„ *Olt: Negreni, Clinderu.*
„ *Romanați: Traian, Dobrun, Grojdibod.*
„ *Vâlcea: Roșiile, Beica, Regele Carol II (Costești), Păușești-Măglaș.*
„ *Bacău: Scorțeni.*

Județul Botoșani: Cuconeștii-Vechi.
„ Iași: Dumești, Vlădeni.
„ Neamț: Ghigoești.
„ Roman: Bălușești.
„ Tutova: Adam, Șuleta.
„ Vaslui: Dumești, Șurănești.
„ Alba: Almașul-Mare, Sohodol.
„ Brașov: Teliu.
„ Odorhei: Săcel.
„ Târnava-Mare: Cuciulata.
„ Hunedoara: Crișeni, Gura-Sada, Lăpujul Inferior, Goveșdia Vulcani.
„ Severin: Gladna-Română.

D-nii medici cari întrunesc condițiile legale de a ocupa aceste posturi, vor face cereri Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale, Calea Griviței Nr. 64, în termen de 30 de zile, dela data publicării prezentei publicații în Monitorul Oficial.

Posturi vacante de medici la Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale. *In conformitate cu art. 201 din legea sanitară, publicat în Monitorul Oficial Nr. 140 din 22 Iunie 1936, se aduce la cunoștința generală că sunt vacante următoarele posturi de medici pendinte de Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale:*

Medic șef oraș Pitești-Argeș, medic circ. urb. Sibiu, medic circ. urb. Beiuș, medic circ. Glogovăț, jud. Arad.

D-nii medici cari întrunesc condițiile legale de a ocupa aceste posturi, vor face cereri Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale, Calea Griviței Nr. 64, în termen de 30 de zile dela data inserării prezentei publicațiuni în Monitorul Oficial.

In Monitorul Oficial Nr. 118 din 25 Mai 1936, s'au publicat următoarele posturi vacante:

Medic primar secția boli interne, spit. Constanța.
Medic primar secția boli interne, spit. Rădăuți.
Medic primar secția boli interne, spit. Diciosânmărtin.
Medic primar secția chirurgie, spit. Călăraș (1 Octomvrie 1936).
Medic șef consultații T. B. C., Dispensar T. B. C. Nr. 1, București, Casa Asigurărilor.
Medic circ. Glambocata-Dâmbovița.
Medic circ. Tuzla, jud. Constanța.

Medicii cari au dreptul legal de a ocupa aceste posturi, vor trimite cererile Ministerului Sănătății până la 24 Iunie crt.

La Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale *sunt vacante următoarele concesiuni de farmacii rurale:*

Jud. Arad, comuna Vârfurile.
Jud. Iași, comuna Miroslava, satul Galata.
Jud. Ilfov, comuna suburbană Lupeasca, a treia concesiune.
Jud. Tighina, comuna Mauzâr.
Jud. Treiscaune, comuna Covasna, a doua concesiune,
Jud. Vâlcea, comuna Zătreni.
Se declară vacante următoarele concesiuni urbane:
Orașul Eforia cu circumscripția, întreg orașul.
Monitorul Oficial Nr. 136 din 15 Iulie 1936.

Tipografia — Librăria — Compactoria
„Dacia Traiană", Sibiu
Piața Unirii Nr. 7. (Inapoi în curte)

Furnizăm:

Orice lucrări de TIPOGRAFIE cu prețuri foarte convenabile.

ARTICOLE DE BIROU: Hârtie, imprimate, caiete, cerneluri, etc., cu prețuri reduse.

CĂRȚI LITERARE, ȘTIINȚIFICE PENTRU COPII, etc. etc., cu prețuri originale.

COMPACTĂM cu prețuri convenabile: Cărți, Registre, Reviste, Albumuri, etc. etc.

CHINOIN S.A.

BIROBIN

Pentru întărire
Pentru cura de îngrăşare
Pentru stimularea hematopoezei

Fortifiant pe bază organoterapică

Preparat din mucoasa gastrică, fier, cupru şi mangan, sub formă de drageuri.

Indicat şi în practica infantilă.

Flacoane originale a câte 100 drageuri.

REPREZENTANŢA GENERALĂ: FREDERIC SPODHEIM & Cº S.A. BUCUREŞTI-I-STR-SFT-CONSTANTIN-4

GLUCO-CALCIUM

SAPIC

Pentru Calciterapia intramusculară şi intravenoasă.

1. Conţine Gluconat de Calciu 10%.
2. Stabilitatea şi puritatea absolută.
3. Complect indolor.

Preţ pentru public:

1 cutie	5 fiole à	5 ccm	Lei 73·—
1 „	5 „ à	10 ccm	„ 95·—
1 fiolă	5 ccm . . .		„ 17·—
1 „	10 ccm . . .		„ 22·—

Cu mostre şi literatură serveşte la cerere

SAPIC S. A.

pentru industria chimică • Bucureşti VI. Str. Cazărmii 89.

DROGUERIA

Ce spune legea despre actualii droguişti?

„Actualii droguişti autorizaţi vor putea cumpăra, importa şi vinde publicului toate medicamentele brute şi specializate prevăzute în indexul drogueriei.

Se respectă drepturile câştigate pe temeiul legilor anterioare de actualii droguişti autorizaţi".

DROGUERIA IONEL BACIU

SIBIU, STRADA REGINA MARIA 10

Note și Informațiuni

Pentru chestiuni de redacție și administrație corespondența va fi adresată: „Sibiul Medical", Spitalul Public Sibiu; — pentru inserate, la Drogueria I. Baciu, Sibiu, str. Regina Maria 10.

Nu se publică articole de critică sau polemică, sau cari au mai fost publicate într'o revistă medicală din țară. Articolele nu vor fi mai mari de 6 pagini sau cu urmare. Peste 6 pagini autorul va plăti tiparul.

Extrasele cerute, vor fi plătite de autor.

Referatele vor fi cât mai scurte posibil (20 rânduri).

Orice manuscris va fi scris citeț sau dactilografiat.

Clișeele vor fi plătite de autori.

Manuscrisele nu se înapoiază, nici în cazul de nepublicare.

Anunțurile se trimit prin Administrație cu tariful următor:

1	pagină	odată	Lei	1000·—	3	ori	Lei	2600·—	6	ori	Lei	4500·—
1/2	„	„	„	600·—	3	„	„	1500·—	6	„	„	2600·—
1/4	„	„	„	400·—	3	„	„	1000·—	6	„	„	1600·—

Rugăm anunțați schimbarea adresei!

Tabloul de prețul extraselor pe anul 1936.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar						Coperta obișnuită (hârtie culeur)						Observație
	25	50	100	150	200	300	25	50	100	150	200	300	
	exemplare						exemplare						
	Lei						Lei						
4	80	95	115	135	150	185	60	70	85	100	115	140	
8	140	160	190	215	235	300							
12	190	220	260	300	335	400							
16	240	265	315	350	400	480							
	Extrase pe hârtie velină						Coperta groasă (colorată)						
4	90	105	130	155	175	230	80	100	150	200	250	330	
8	150	175	225	265	300	400							
12	210	245	310	375	430	545							
16	265	350	380	460	530	675							

Costul extraselor se va achita direct tipografiei. :-: Pentru provincie extrasele se vor expedia cu ramburs.

La durerile viscerale
Luverin
tablete

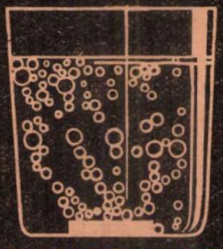
Compoziție de acid fenilaetylbarbituric. atropin metyl bromid papaverină,

Calmează durerile și suprimă contracțiunile spasmodice acționând asupra musculaturii netede

Preparat nou
La dureri 2 tablete Eventual doza se poate mări

Mostre și literatură servește la cerere
DR. WANDER S. A.
București—Str. Cazărmii 89

NEURASTENIE–NERVOSISME–EPILEPSIE



TABLETE EFERVESCENTE

EPIBROL
DR. WANDER

Fiecare tabletă conține 1 gr. de Polibromură de Na. Am. și Ka.

TABLETE SIMPLE

SE VA LUA DUPĂ MESELE PRINCIPALE, 1-2 TABLETE DISOLVATE ÎN APĂ ZAHARATĂ

UȘOR DE LUAT
GUSTUL APEI MINERALE
NU DĂ BROMISME.

Mostre și literatură servește la cerere
DR. WANDER S. A.
București—Str. Cazărmii 89

Anul III. No. 7—9. 10 Lei Exemplarul. Iulie—Septemvrie 1936.

Sibiul medical

Revistă lunară de medicină şi organizare sanitară

Comitetul de direcţie: Dr. Capitanovici M., Doc. Dr. Filipescu O., Dr. Preda Gh., Dr. Stoichiţia I.
Secretar de redacţie: Dr. Matinca I.

Comitetul de redacţie: Dr. Alexandrow, Aiud; Dr. Albini, Sebeş; Dr. Bidu, Sf. Gheorghe; Dr. Cosma, Sibiu; Dr. Comes, Ciuc; Dr. Creţu, Sf. Gheorghe; Dr. Căliman şi Doc. Dr. Câmpeanu, Braşov; Dr. Cornea, Făgăraş; Dr. Cahane şi Dr. Dumitrescu, Diciosânmărtin; Dr. Ganea, Sighişoara; Dr. Ghiţescu, Sibiu; Dr. Giurca, Făgăraş; Dr. Gheorghiu, Dr. Hozan, Dr. Ilcuşu, Dr. Ionaşiu, Dr. Manta, Dr. Mavru şi Dr. Mitter, Sibiu; Dr. Medrea, Alba-Iulia; Dr. Măcelariu, Blaj; Dr. Mureşan, Mediaş; Dr. Nistor, Braşov; Dr. Onaca, Sighişoara; Dr. Pop, Odorheiu; Dr. Păcurariu, Dr. Pascu, Dr. Roşca, Dr. Slavu şi Dr. Sturza, Sibiu; Dr. Ştefan, Braşov; Dr. Solomon, Sighişoara; Dr. Sireteanu, Mediaş; Dr. Ungureanu, Odorheiu; Dr. Vilt, Sibiu.

Preţul abonamentului:
Anual . . . . Lei 120
Pentru institute . „ 500

Redacţia-Administraţia:
Spitalul Public, Sibiu.

Coresp. - inserate reclame:
la Drogueria I. BACIU,
Sibiu, Str. Regina Maria 10

SUMAR:

Articole ştiinţifice:

Prof. Danielopolu şi Tanaşoca: Natura endocarditei septice şi relaţiile sale cu reumatismul cardio-articular specific (reumatismul polyarticular acut) . . . . . Pag. 107

Dr. G. Preda şi Dr. T. Stoenescu: Raporturile dintre histerie (nevroza spontană) şi hipnoză (nevroza provocată) „ 112

Dr. Cornel Manta: Hemoragia meningeală a adolescentului „ 117

Dr. Valeriu Stinghe: Antigenoterapia Tuberculozei . . . „ 121

Probleme de organizare sanitară şi profesională:

Dr. I. Stoichiţia: Câteva propuneri privitoare la combaterea mortalităţii infantile . Pag. 125

Dr. I. Stoichiţia şi Dr. I. Cosma: Rezultatele detailate ale anchetelor medico-sociale din judeţul Sibiu . . . . . Pag. 133

M. Manta: Pe marginea Congresului Asociaţiei surorilor de ocrotire . . . . . Pag. 138

∴ Zilele medicale . . . . „ 141

Revista cărţilor . . . . „ 144

1. *Prof. Dr. Gh. Popoviciu:* Elemente de pediatrie şi puericultură. Vol. II.
2. *Dr. Ştefan Anastasiu:* 8 Iunie Ziua tineretului.

Revista revistelor . . . „ 145

Note de terapeutică . . . „ 146

Note şi informaţiuni . . . „ 147

LABORATORUL
de
BACTERIOLOGIE ŞI CHIMIE BIOLOGICĂ

Dr. TELEMAN & Dr. ROŞCA
SIBIU, STR. TRIBUNEI Nr. 10—12

BIOTONICUM

Roborant - Tonic - Stomachic

de **primul rang**, conținând **Fe-Mn-P-și As** în **forma cea mai activă**. Prin **formarea ferului și manganului redus în statu nascendi**, adecă în starea **cea mai resorbabilă și asimilabilă**, de o **toleranță stomaco-intestinală perfectă**.

PREȚUL: 1 fl. de 250 gr. cu și fără arsen **Lei 98·—**.

Deci prezintă mijlocul suveran pentru tratarea stărilor anemice și urmările lor.

Mai e indicat: la **boale nervoase**, în **neurastenie**, în **astenie și surmenaj general**, în **covalescență**, în **tbc. generală și pulmonară**, în **diatezele exudative**, în **rachitism**, în **boalele tubului digestiv** și ale **nutriției**, în **eczemele cronice**.

Dozare: 3 linguri pe zi după mese, — la copii linguriță.

Desfacerea produsului:

Farmacia O. ALESI, Sebeș-Alba.

LABORATOARELE MIDY, 4, RUE DU COLONEL MOLL PARIS (17-)

Nouvelle adresse: 67, AVENUE DE WAGRAM — PARIS (XVII-e)

PIPERAZINA

MIDY

„ANTI URIC TIP"

2 la 4 linguriţe de cafea pe zi

J. E. BUCUR 8, Strada Mecet, BUCUREȘTI IV

Anul III. Nr. 7—9. 10 Lei Exemplarul. Iulie—Sept. 1936

SIBIUL MEDICAL

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI ORGANIZARE SANITARĂ

Pentru susţinerea circulaţiei
în cazuri de însuficienţă cardio-circulatorie iminentă sau existentă;
pentru uşurarea respiraţiei
în astm, bronşită şi emfizem;
pentru combaterea stărilor alergice

Ephetonină
Merck

Perle, Tablete, Fiole, Pomadă.
Substanţă pentru receptură.

E. MERCK-DARMSTADT
Reprezentant: **Dr. J. Binder**
Bucureşti II.
Str. Luigi Cazzavillan 34.

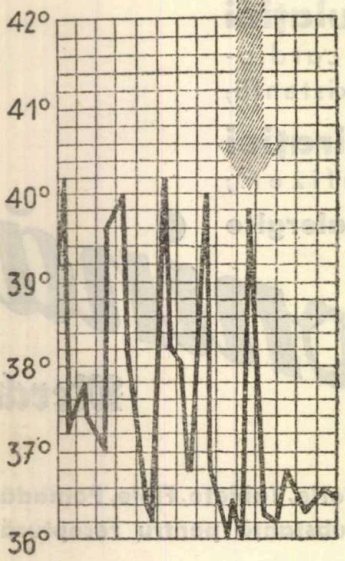
SIBIU, 1936
Tiparul institutului de arte grafice „Dacia Traiană“

Un progres important

în tratamentul tuturor infecțiunilor stafilococice și streptococice

a fost realizat prin introducerea preparatului chimioteratip

Prontosil



Rezultate impresionante în:

Erisipel;
Scarlatină hipertoxică;
Angină;
Septicemie după otită medie;
Septicemie post partum și post abortum;
Cistită;
Pielită

Temperatura scade surprinzător de repede!

Administrare per os și în injecțiuni intramusculare

AMBALAGE ORIGINALE:

Soluție: 2½% cutii cu 5 fiole de 5 cmc.
Tablete: Tub cu 20 buc. à 0,30 ctgr.

BAYER

»Bayer«

LEVERKUSEN a. Rh.

Eșantioane și literatură prin reprezentanții generali pentru România:
„PHARMA" Studerus & Co. București I, Str. Brezoianu 53, Tel.: 3-9283-3-9284.

Natura endocarditei septice şi relaţiile sale cu reumatismul cardio-articular specific (reumatismul polyarticular acut)

de **Prof. Danielopolu** şi **Tanaşoca**

Se cunoaşte de mult timp, alături de endocardita reumatismală datorită virusului reumatismal necunoscut cu caractere de endocardită plastică şi cu tendinţă la scleroza rea şi deformarea valvulelor, endocardita aşa numită *infecţioasă* sau *ulcero-vegetantă* datorită a diferiţi microbi ca streptococul, stafilococul, pneumococul, gonococul etc., însoţită de fenomene septice şi caracterizată anatomiceşte prin leziuni destructive fără tendinţă la cicatrizare.

Profesor Dr. DANIELOPOLU

Mai înainte cazurile de endocardită ulcero-vegetantă erau foarte rare. Din 1920 încoace endocardita septică a devenit mult mai deasă.

Fenomenul a fost observat şi în Germania şi atribuit supuraţiunilor prelungite, plăgilor de războiu, condiţiunilor de viaţă specială ale războiului, surmenajului, etc., de aceea în Germania endocardita septică a fost numită endocardită de războiu.

In afară de supuraţiunile plăgilor de războiu nici unul din ceilalţi factori nu pot să fie susţinuţi în mod serios în producerea endocarditei septice. De altfel această frequenţă mai mare a endocarditei septice continuă şi astăzi, 20 de ani dela războiu. Aşa dar, nu mai putem să facem nici o legătură între condiţiunile enumărate mai sus şi endocardita lentă.

Totuşi există o legătură indirectă. Din cercetările ce am făcut în toate cazurile de endocardită septică ce am avut de îngrijit în Institutul Clinico-Medical şi în oraş, de la războiu şi până acum, am constatat că *în enorma majoritate a cazurilor, endocardita septică este secundară (datorită unei infecţiuni cu diferiţi microbi şi în special cu diferite varietăţi de streptococ) grefată pe o leziune reumatismală.*

Reumatismul oferă o stare de predispoziţiune *generală* şi *locală* pentru infecţiunile secundare cu streptococ. Ea se mainfestă în mai multe feluri:

1. Cunoaştem angina premonitorie a reumatismului cardio-articular. Este formată de o anginâ fugace care deseori trece nebăgată în seamă. Ea este accidentul primar al infecţiunei reumatismale. Virusul reumatismului este necunoscut şi cu probabilitate se găseşte saprofit în cavitatea faringee şi în special în inelul amigdalian al lui Waldayer. Dar am văzut cazuri de amigdalită pultacee sau de flegmon amigdalian cu steptococ după care a apărut un atac reumatismal cardio-articular clasic. Streptococul aci nu a jucat decât un rol de asociaţiune microbiană. Infecţiunea amigdaliană a fost în realitate dublă cu virusul reumatismal şi cu steptococ, acesta din urmă exaltând virulenţa microorganismului necunoscut al reumatismului şi provocând astfel atacul de reumatism.

2. In cursul reumatismului cardio-articular găsim câteodată streptococ în sânge. Aceasta a făcut pe unii autori să creadă că streptococul este agentul reumatismului. In realitate el nu este altceva decât o asociaţiune microbiană. Este vorba de o bacteriemie trecătoare, cum constatăm şi în alte boale infecţioase.

3. Leziunea reumatismală cronică a valvulelor constitue o *predispoziţune locală* pentru infecţiuni secundare cu alţi microbi şi în special cu streptococ. De aceea găsim aproape totalitatea cazurilor de endocardită septică grefate pe o leziune reumatismală.

Leziunea reumatismală cronică constitue aşa dar o necesitate pentru grefarea endocarditei septice. Ori în cursul războiului reumatismul poliarticular acut a făcut mari ravagii. Frigul, umezeala şi condiţiunile rele igienice de trai, au fost cauza a unui număr enorm de cazuri de *reumatism poliarticular acut.* De altă parte lipsa unui tratamet salicilic, care după cum ştim este specific şi care bine administrat împiedică formarea de leziuni cronice indelebile[1]), a făcut ca numărul de leziuni cardiace reumatismale să

1) Danielopolu — Presse médicale 1923; Danielopolu, Dimitriu şi Cimino Bérengen, Wiener Arch. f. Klin. Med. 1931, Presse médicale 1931, Congres der Rheumatism, Moscva.

crească după războiu. Toate statisticile o înregistrează. Aşa dar condiţiunile cari favorizează localizarea secundară septică şi anume endocardita reumatismală cronică, au crescut după războiu încoace şi aceasta este cauza pentru care frequenţa endocarditei septice a crescut.

Dacă admitem această ipoteză înţelegem pentru ce încă 20 de ani după războiu frequenţa endocarditei septice este mult mai mare de cât înainte de războiu. Generaţia care a făcut războiul nu a dispărut încă şi leziunile cardiace reumatismale sunt permanente. Din contră celelalte condiţiuni favorizate susţinute de autorii germani, precum infecţiunile plăgilor de războiu, surmenajul, şi altele nu nu mai pot fi susţinute 20 de ani după războiul mondial.

Vroim să insistăm încă asupra caracterului de infecţiune secundară a endocarditei septice.

Endocardita septică se prezintă sub 3 forme: *endocardita septică acută* cu evoluţiune rapidă datorită la diferiţi microbi, *endocardita septică lentă* cu evoluţiune de mai multe luni şi chiar peste un an, datorită de cele mai multe ori streptococului şi în special streptococului viridans şi în fine *endocardita septică torpidă sau latentă* ce am descris în 1921 şi care dă fenomene clinice foarte puţin evidente şi se diagnostichează numai la necropsie.

Am arătat în adevăr în 1921 că găsim deseori la autopsie vegetaţiuni proaspete pe leziunile cardiace cronice anterioare şi că diferite perioade subfebrile ce constatăm adeseori la cardiaci cronici şi mai ales la asistolici pot să fie datorite acestor infecţiuni secundare ale valvulelor cu microbi atenuaţi, cari nu sunt însoţite de fonomene septice importante.

S'a susţinut că reumatismul cardio-articular este de natură streptococică, că endocardita reumatismală este datorită aceloraşi microbi ca şi endocardita septică, că endocardita reumatismală nu este de cât o formă atenuată a endocarditei septice.

Nu putem să subscriem la acest mod de a vedea.

Pentru noi reumatismul poliarticular acut ce propunem a fi numit *reumatism cardio articular specific*, este o infecţiune aparte datorită unui virus specific, a cărui poartă de intrare se găseşte în cavitatea faringee. Reumatismul cardio-articular este infecţiune care evoluează în trei perioade *primară*, *secundară* şi *terţiară*. *Perioada primară* este reprezentată prin accidentul primar descris de Gräff în amigdale şi caracterizat printr'o infiltraţiune specifică. GRÄFF crede că accidentul primar este constant. Totuşi lipsa oricărui fenomen amigdalian în multe cazuri de reumatism ne arată că accidentul

primar poate lipsi, amigdalele servind în aceste cazuri numai ca poartă de intrare infecţiunei reumatismale.

Perioada secundară este atacul de reumatism poliarticular acut cu febră, determinaţiunile articulare, determinaţiunile cardiace şi altele. Am arătat în 1923 că în leziunea cardică reumatismul nu este o complicaţiune ci o determinaţiune cardiacă; că ea începe în acelaş timp cu fenomenele articulare şi că tratată dela început atunci când leziunea nu este indelebilă, determinarea cardiacă este vindecabilă prin salicilat ca şi determinaţiunile articulare.

In perioada secundară virusul circulă în sânge şi toate determinaţiunile reumatismului sunt datorite localizării virusului pe organe. Nu credem în adevăr cât de puţin că fenomenele articulare sunt cum s'a susţinut fenomene pur alergice.

Perioada secundară ţine câteva săptămâni în care timp leziunile cardiace devin indelebile şi uneori leziunile articulare trec sub forma unui reumatism cronic şi încetul cu încetul bolnavul intră în perioada terţiară.

Perioada terţiară este caracterizată în special prin leziunea evolutivă cardiacă şi câteodată şi printr'o leziune evolutivă articulară. Virusul reumatismal rămâne în inimă (în special în miocard, sub eudocard şi pericard), leziunea progresează. Fiecare focar de infiltraţiune ajunge încetul cu încetul la scleroză în timp ce se formează alte focare noi cu leziunea specifică a lui ASCHOFF. In adevăr, ani de zile după atacul reumatismal găsim leziuni recente cari se formează continuu.

In cursul acestei perioade terţiare apar noi atacuri de reumatism poli-articular acut cu febră şi noi determinări articulare şi cardiace, cari seamănă cu perioada secundară. Credem că în cea mai mare parte din cazuri, acestea sunt reinfecţiuni cu punct de plecare în faringe. In adevăr, contrar sifilisului, reumatismul cardio-articular nu conferă imunitate.

Tot acest tablou clinic este produs de virusul necunoscut al reumatismului. Reumatismul predispune însă la infecţiuni secundare (în special cu streptococ), asemănându-se prin aceasta cu scarlatina şi cu tifusul exantematic. Endocardita septică nu este altceva decât o localizare a streptococului pe leziunea reumatismală anterioară care îi servă de factor predispozant.

Găsim în adevăr deosebiri esenţiale între leziunea endocardică reumatismală şi leziunea endocarditei septice.

1. Leziunea endocardică reumatismală evoluează spre scleroză; aceea a endocarditei septice este ulcero-vegetantă şi destructivă.

2. Leziunea reumatismală conţine nodulul specific al lui Aschoff. Dacă găsim nodulul lui Aschoff şi în endocardita septică, este pentrucă ea este pusă pe o leziune reumatismală veche care evoluează toată viaţa. Nodulul lui Aschoff găsit în aceste cazuri aparţine aşa dar infecţiunei reumatismale vechi iar nu endocarditei septice.

3. In endocardita reumatismală putem găsi bacterii pe leziunea endocardică, datorită unei infecţiuni secundare, dar de cele mai multe ori ea este sterilă, pe când în endocardita septică găsim aproape constant microbi.

4. Este imposibil să putem susţine unicitatea etiologică a celor două leziuni şi s'o atribuim setreptococului, căci nu găsim unicitate etiologică nici pentru endocardita septică, ea putând fi provocată de streptococ, pneumococ, stafilococ, gonococ, etc. Ar trebui să convenim că toţi aceşti microbi pot să provoace şi reumatism poliarticular acut, ceeace nu se poate admite.

5. Dacă microagentul reumatismului poliarticular acut ar fi acelaş (atenuat) ca microbul endocarditei septice, nu este explicabil pentru ce un microb mai virulent atinge aşa de puţin articulaţiunile şi un microb mai atenuat le atinge în mod aşa de constant.

6. Streptococul care este acuzat de a fi agentul reumatismului poliarticular acut poate produce streptococii fără endocardită, infecţiuni cari sunt mortale. Este foarte greu de admis că un streptococ atenuat acela al reumatismului să atingă în mod aşa de des endocardul şi streptococul mai virulent al infecţiunilor streptococcice acute să nu producă leziune endocardică.

7. Ştim că la copil leziunile cardiace reumatismale sunt cele mai grave. Este inexplicabil, dacă acelaş microb produce şi endocardita reumatismală şi endocardita lentă, cum microorganismul acesteia din urmă la copil, care este mai susceptibil să producă aşa de rar endocardita septică. In realitate dacă endocardita septică este atât de rară la copil şi mai deasă la o vârstă mai înaintată este pentrucă ea cere pentru ca să se producă o leziune cronică endocardică anterioară, care trebue să aibă timpul să se producă.

In concluziune după noi reumatismul poliarticular acut, ce numim reumatism cardio-articular specific, trebue să fie complect separat de celelalte boale denumite reumatism, el fiind produs de un microb specific. Endocardita septică este o complicaţiune a leziunilor endocardice cronice, de cele mai multe ori de natură reumatismală prin infecţiune secundară, produsă de diferiţi microbi, de cele mai multe ori de streptococ.

Raporturile dintre histerie (nevroza spontană) şi hipnoză (nevroza provocată)

de **Dr-ii G. Preda,** medic primar, director superior şi **T. Stoenescu,** medic secundar.

Congresul medicilor alienişti şi neurologişti din Franţa şi ţările cu limba franceză, ţinut la Bruxelles în 1935, a pus la ordinea zilei problema histeriei.

Un articol scris în ultimul an de Dr. Noica în coloanele „Românieĭ Medicale", asupra histeriei este urmat de o serie de alte articole scrise de Profesorul Dr. Marinescu şi Dr. Radovici tot asupra aceleiaşi probleme. In sfârşit, congresul societăţii de Neurologie, Psihiatrie, Psihologie şi Endocrinologie român din acest an, pune la ordinea zilei, pe lângă alte subiecte şi pe acel al histeriei.

Toate aceste fapte dovedesc că histeria a fost, este şi va rămâne în nozologia şi nozografia medicală.

Dacă trecem la hipnoză şi sugestie vedem de asemenea că după o perioadă de abandonare, relativ justificată, se reîncepe studierea şi utilizarea acestor metode, (mai ales în stări de psihonevroze) păstrându-se o anumită rezervă faţă de exagerăţile începuturilor.

Profesorii P. Janet, B. Hollander, etc., prin lucrările lor cred într'o reînviere a studiului hipnozei, iar Dr. Nathan într'un articol din „Presse Médicale", zice că ora de reabilitare a hipnotismului a sosit şi că el nu mai este o iluzie cum l-ar presupune unii, dar un fapt real, iar studiul său trebue reluat pe noi baze.

Grafe, Meyer, Goldemberg, etc., studiază metabolismul bazal la subiecţii hipnotizaţi. Alţi experimentatori atrag atenţia locului ce trebue să ocupe hipnotismul în ştiinţa medicală ca mijloc de investigaţie a fenomenelor psihice şi parapsihologice.

Cercetările făcute prin teste de Wipple, Brown, Murphy, Baumgartner, etc., aduc o contribuţie din cele mai importante în studiul hipnozei şi a sugestiei.

Vedem deci că, studiul ca şi terapia prin hipnoză se pun din nou la ordinea zilei.

In cele ce urmează ne propunem să arătăm date care evidenţiază raporturile strânse sau mai bine zis analogia dintre histerie şi hipnoză.

Acei ce s'au ocupat de aproape de studiul histeriei şi hipnozei, au putut observa că subiecţilor hipnotizaţi, se puteau sugera toate caracterele histeriei şi dacă se persevera prin sugestiuni imperative repetate timp îndelungat, atunci subiecţii conservau chiar în stare de veghere tulburările sugerate şi executate în stare hipnotică.

Cu toată această similitudine, şcoala dela spitalul Pitié din Franţa începând cu: Dumontpellier, Voisin, Magnin, Bérillon, etc., consideră hipnoza ca o stare particulară cu caractere proprii, diferite de acele ale histeriei. Histeria după această şcoală ar ţine de o aşa zisă diateză histerică. Printre caracterele proprii hipnozei, şcoala socoate pe lângă atitudinea de somn provocat cu modificările fiziologice respective şi hiperexcitabilitatea neuro-musculară, hipersugestibilitatea, hipermnesia în stare histerică, amnezia după hipnoză etc. Mulţi medici şi psihologi se alătură acestei şcoli.

Astfel Walden prin studiul pletismografic vine să arate că vasoconstricţia periferică dela începutul hipnozei este urmată de o dilatare la sfârşit. Mai constată apoi scăderea temperaturei rectale, temperatura la suprafaţa corpului fiind mai ridicată; o scădere a presiunii sistolice şi diastolice, a pulsului etc.

Impreună cu Dr. Pârvu, am constatat şi noi o mărire a globulelor roşii şi albe în somnul hipnotic*). Nicholson găseşte o creştere a travaliului muscular înregistrat la ergograf. Nici unul din aceste semne nu poate fi considerat ca propriu hipnozei deoarece se poate întâlni şi în stări de somn normal sau provocat prin alte mijloace (narcotice).

Şcoala din Salpetrière din Franţa, sub influenţa ideilor lui Charcot caută să dovedească identitatea caracterelor histerice şi hipnogene astfel:

Pitres a susţinut că toate simptomele dela subiecţii hipnotizaţi se întâlnesc şi la histerici şi fac parte din cortegiul simptomatic al histeriei. Manevrele hipnogene pot determina la anumiţi subiecţi apariţia de fenomene musculare, sensitive şi psihice, a căror seriere regulată sau neregulată constitue formele tipice ale marei histerii.

*) Influence de l'hypnotisme sur l'appareil cardio-vasculaire et sur les éléments du sang (Revue de l'hypnotisme 1911).

Gilles dela Tourette şi Cathelinau susţin că diversele stări hipnotice trebuesc judecate prin o formulă clinică identică acelei descoperite anterior de aceiaşi autori pentru atacul şi stările histerice. Intre nevroza provocată şi spontană, nu ar fi, — după ei — decât o diferenţă de natură şi a hipnotiza un subiect înseamnă a-i da artificial un atac de somn, iar a-l deştepta înseamnă a-i înceta atacul prin manevre artificiale.

Babinski susţinea încă că anesteziile, paraliziile flasce, contracturile, catalepsiile, etc. sunt manifestări comune histeriei şi hipnozei.

La un congres despre hipnotism Babinski îşi cristalizează şi mai bine gândirea spunând că între hipnoză şi histerie nu există un raport de cauză la efect fiindcă fenomenele clinice sunt identice.

Profesorul Raymond un elev al lui Charcot, susţine încă, că pentru a ne da seama de fenomenele hipnotice trebue să invocăm patogenia, care ne dă seama de manifestările histeriei. Şi aicea ca şi dincolo avem de a face cu dezordini psihice care relevă o tulburare a personalităţei, o obnubilaţie a eului.

Mulţi medici şi psihologi se alipesc acestei şcoli.

Schultz şi Kretschmer constată şi ei prin experienţele lor, o analogie între stările crepusculare histerice şi cele hipnotice adică faptul cum fazei de postimagini, îi urmează o gândire vizualizată, cinematografică, la care individul ia parte ca spectator.

Crocq şi elevii săi privesc hipnoza şi histeria ca stări provocate în care impresionabilitatea şi rezistenţa ar juca un rol important.

In clinica Dr. Bérillon din Paris şi în serviciile în cari unul dintre noi (Dr. Preda) a activat mai târziu, a întrebuinţat în numeroase cazuri hipnoza.

M'am putut convinge deci, că prin sugestia provocată (hipnotică) se pot reproduce pe anumiţi subiecţi fenomene din domeniul:

a) sferei afective şi de sensibilitate ca: emoţiuni (vesele, triste, alternante, etc.), înclinaţiuni şi sentimente (bune, plăcute, frumoase sau rele, neplăcute, urâte, perverse, sau imorale, etc.); necesităţi ca: foame, sete, poftа sexuală, etc.; simulări şi disimulări precum şi hipo sau hiperestesii, disestezii, parestesii, etc.

b) sferei intelectuale şi reprezentative: amnezii, hipermnezii, imagini şi scene variate, disociaţii de imagini, ilusii, halucinaţii, obsesii, fobii, apoi cecităţi sau surdităţi verbale, afazie, agrafie, alexie, acromatopsii, audiţii colorate, etc.

c) sferei de mişcare ca: abulii, hiperbulie, parabulie, paralizii, impulsiuni, automatisme, ilusiuni de acte, etc.

d) sferei de personalitate ca: modificări de caracter, existenţe alternante, succesive, dedublarea personalităţei, etc.

Hipnoza acopere deci un vast teren nu numai psihic (afect, emotivitate, halucinaţie pozitivă şi negativă, amnesii, etc.), dar şi al reacţiunilor sensitivo-motrice pe care un subiect în mod normal este capabil să le parcurgă.

Ori dacă cercetăm caracterul tulburărilor histerice găsim o similitudine cu hipnoza, atât în *domeniul intelectual* (mobilitate şi capriciozitate în idei, idei paradoxale exagerate şi teorii care să-l scoată în evidenţă, ţesături de romane şi scene imaginative contraziceri, imitări, sugestiuni, iluziuni, misticism, etc.); în cel *sentimental* (mobilitate emotivă şi sentimentală, exagerări, mitomanie, entuziasme necugetate, înclinaţiuni curioase spre intrigi, minciuni, înşelăciuni, simulare, eroism, bravuri, erotism, a se da în spectacole cu interes mai mult sau mai puţin exteriorizat, tulburări de sensibilitate); *cât şi în cel conativ*, de exteriorizare a mişcării (accidente nervoase cunoscute sub numele de pitiatism ce privesc în special motilitatea: paralizii, contracţiuni, tremurături, spasme, ticuri etc.

Dacă histeria a fost denumită marea simulatoare (inconştientă după unii) de boale, nu mai puţin în hipnoză se pot reproduce prin sugestii cu sau fără voinţa hipnotizatului aproape toate boalele.

O hipersensibilitate aparentă, o tendinţă de supunere o complăcere şi o executare a dorinţelor hipnotizorului am întâlnit aproape la toţi cei categorisiţi de histerici sau pitiatici. Dar aceleaşi tendinţe şi complăceri am întâlnit şi la indivizi cu alte fenomene nervoase şi chiar la acei consideraţi ca normali sau sănătoşi. Acest fapt ne conduce spre ideia exprimată odinioară de Babinski, că subiecţii consideraţi normali nu prezintă în stare de veghere manifestări histerice dar la ei există o stare latentă, care nu caută decât ocazia (în special un incident afectiv) ca să izbucnească.

Există cazuri în care însă individul cu o stare constituţională (înnăscută) hipnogenă sau de sugestibilitate şi cu tendinţe de care am vorbit mai sus, poate trece singur în o stare hipnoidă.

Filosoful Kant istoriseşte că era capabil în meditaţiile sale să se afunde în un fel de autohipnoză prin care putea să-şi îndepărteze anumite neplăceri concentrându-se mai mult asupra ideilor sale. Acest fapt constitue dovada că acest mare învăţat era înzestrat cu o stare de sugestibilitate deasupra mediei şi producându-şi inhibiţii circumscrise ale elementelor psihice îşi păstra simţul criticei necesare unei monoideizări sau aşa zisei introspecţiuni.

De altfel observaţiile experimentatorilor confirmă faptul că gradul de sugestibilitate normală este compatibil la foarte mulţi indivizi cu autohipnoză, autoanaliză sau autoscopie (introspecţie).

Experienţele lui Nicholson, Huse, Strickler, etc., arată că o regăsire a elementelor disociate pare să fie favorizată prin tehnica hipnozei sau autohipnozei. Factorul emoţional, care inhibează revenirea în memorie a acestor evenimente ar putea fi deci înlăturat prin hipnoză.

In realitate nu există o creştere a memoriei în starea de hipnoză provocată sau spontană, cum o cred unii, dar împrejurările ce produc subiectului o piedică în evocare pot fi îndepărtate prin starea respectivă şi individul evocă mai lesne. In o astfel de stare atenţia poate fi îndreptată asupra unui eveniment din trecut permiţându-se mai multe asociaţii în legătură cu acest eveniment.

De altfel Strickler a găsit că în stare de transă hipnotică învăţământul pare uşor accelerat în primele 2 sau 3 şedinţe.

Imposibilitatea de a concentra atenţia sau a reprezenta anumite fenomene împiedecă la cei mai mulţi o analiză prin introspecţie. Când este vorba însă de imitări sau sugestiuni ce privesc un interes vital înnăscut sau dobândit individul cu anumite predispoziţii înnăscute poate (în oarecare împrejurări) trece uşor în această stare de autohipnoză creindu-şi simptomele trecute în domeniul histeriei. Dar autohipnoza sau autosugestia poate fi utilizată şi ca tratament medical. Ne este destul de bine cunoscută metoda recomandată de Dr. Coué. Asupra acestei hipnoze sau sugestiuni fie spontane, fie provocate ca şi a analizei mecanismului lor psihic vom insista în o serie de comunicări prezentate în acest an congresului de Neurologie, Psihiatrie, Psihologie şi Endocrinologie şi publicate în Buletinul societăţii de psihologie medicală din Sibiu.

Spitalul Public Sibiu — Serviciul Medical
Medic primar Dr. Cornel Manta.

Hemoragia meningeală a adolescentului

de **Dr. Cornel Manta**
medic primar de spital, Sibiu

Profesorul *Rathery* descrie sub această numire, o formă a hemoragiei meningeale observată în special la adolescenţi, până la etatea de 30 ani, cu o etiologie neclară.

Schematic hemoragiile meningieale au patru tipuri principale:

a) Hemoragie epidurală, sau subduramateriană traumatică.

b) Pachimeningită hemoragică.

c) Hemoragie subarachnoidiană (între foiţa viscerală a arachnoidei şi pia-mater, cu lichid hemoragic la puncţia rachidiană),

d) Hemoragie cerebro-meningeală a lui *Chauffard* şi *Froin* (hemoragie cerebrală şi prin efracţia sângelui trece în meninge).

Având ocazie de a observa cu colegii Docent Dr. Filipescu şi Col. Dr. Capitanovici, două cazuri de hemoragie meningeală acută la 2 femei, având un mers clinic asemănător celor descrise de Profesorul *Rathery*, am crezut important de a le comunica.

I. Doamna I. A. în etate de 25 ani, domiciliată în Sibiu, intrată în ziua de 8 Martie 1936 în spital.

Antecedente: A suferit de scarlatină.

Boala actuală datează de 4—5 zile, debutând prin o cefalee intensă, inapetenţă cu senzaţie de greaţă şi un edem palpebral.

La examenul clinic se constată o constituţie normală; din partea sistemului nervos — pupilele egal centrale cu reflexele bune. Reflexele de apărare şi tendinoase aproape normale. Semnul lui Babinsky, pozitiv. Din partea aparatului respirator şi cardio-vascular nimic important. Organele abdominale normale. Urina, albumină slab pozitiv, puroi, sânge şi zahăr negativ. In sedimentul microscopic, absenţa elementelor renale. Ureea în sânge 0,40%.

Bolnava stă într'o atitudine meningeală cu rigiditatea cefei, cu dureri intense cerebrale la cea mai mică mişcare a capului. Semnul lui Kerning positiv şi un dermografism foarte exprimat. Bolnava este foarte agitată, prezintă incontinenţă urinară.

Temperatura în primele 2 zile variază între 39—40° ca pe urmă să scadă în mod litic așa încât a cincia zi este complect afebrilă. Pulsul 110. Tensiunea arterială $13^1/_2$—8.

Punctia rachidiană evidențiază un lichid uniform sanghinolent în cele trei eprubete în care s'a recoltat. Prin centrifugare se obține un sediment plin de hematii, numeroase leucocite și rari limfocite. Reacția de albuminurie pozitivă, iar la celula Nageotte o pleiocitoză. Bacteriologic, absența florei microbiene. Bacilul Koch negativ. Reacția Wassermann în lichid și sânge negativă. Lichidul extras nu coagulează. Numărul leucocitelor în sânge 23.000 m. c.

In fața acestui tablou clinic extrem de alarmant ne-am gândit la o meningită hemoragică acută cu o etiologie necunoscută, iar având în vedere starea febrilă și leucocitoza sanghină, am început un tratament desinfectant general cu Urotropină, Electrargol, pungă de ghiață pe cap, venepuncție și un regim lacto-hidric. A cincia zi bolnava devine mai puțin agitată, începe să recunoască anturajul și treptat, în decurs de 12 zile, începe să vorbească, iar semnele meningeale devin tot mai puțin pronunțate. Puncția lombară repetată arată o tendință de ameliorare a lichidului, devenind mai puțin hemoragic. Bolnava părăsește serviciul la 2 săptămâni după intrarea în spital, ameliorată, persistând o ușoară cefalee timp de aproape 6 săptămâni. Revăzută după aproape 5 luni, este într'o stare de perfectă sănătate.

II. Bolnava B. M. în etate de 30 ani, intră în spital în luna Aprilie 1936, cu o cefalee intensă care datează de 4 zile, acompaniată de o stare de agitație care treptat se transformă într'o stare comatoasă.

Bolnava de constituție normală, se află într'o atitudine meningeală cu o rigiditate foarte pronunțată a cefei, cu semnul lui Kerning intens positiv și cu Babinsky positiv.

Din partea organelor toracice și abdominale nimic de remarcat.

Urina, albumina, puroi și zahăr negative. Temperatura 38°, pulsul 90. Puncția lombară arată un lichid sanghinolent cu reacția de albumină intens positivă, iar citologic foarte numeroase hematii, frecvente leucocite și rare limfocite. Celulele endoteliale în abundență. Bacteriologic, absența florei microbiene.

După examenul clinic și de laborator, se stabilește diagnosticul de meningită acută hemoragică cu o etiologie necunoscută. Deși starea bolnavei era foarte alarmantă, facem un prognostic mai bun în urma experienței cu cazul precedent.

Incepem tratamentul cu calciu, septicemină și electrargol. După 2 săptămâni de tratament, bolnava devine clară, recunoaște pe cei

din jur, rămâne însă c'o astenie foarte pronunţată, rigiditatea cefei a scăzut considerabil şi începe să se alimenteze. Repetând puncţia lombară, lichidul s'a ameliorat considerabil, reacţiile de albumină slab positive, reacţia Wassermann negativă şi absenţa oricărei flori microbiene. Baccilul Koch negativ.

După 5 săptămâni bolnava părăseşte serviciul păstrând o simplă stare de astenie.

Comparând aceste două cazuri clinice, cu cele două cazuri de hemoragie meningeală a adolescentului, descrise de Profesorul *Rathery*, observăm o asemănare evidentă şi o evoluţie identică.

In faţa unei hemoragii meningeale, spune Profesorul Rathery, logic este să ne punem următoarele întrebări:

a) ce significaţie să-i dăm acestei afecţiuni şi

b) prognosticul.

Inainte de a face aceste expuneri trebueşte precizat dacă la recoltarea lichidului cefalo-rachidian n'a fost o greşală tehnică (ca spre ex. lezarea unui vas). Sângele s'a recoltat în 3 eprubete având în toate aceleaşi calităţi fizice, fiind sanghinolent. Lipsa de coagulare serveşte la diferenţierea hemoragiilor meningeale adevărate, de cele cari se observă în lezarea vaselor şi în hemoragiile simptomatice tumorilor cerebrale ca şi în sindromul lui *Froin* în cari se constată o coagulare a lichidului cefalo-rachidian.

Lipsa de formare a coagulului observat şi în cazul nostru, caracteristic hemoragiilor adevărate, se explică după *Bard*, prin stagnarea sângelui în spaţiile subarachnoidiene pierzându-şi fibinogenul. Citologic: elementele figurate sunt hematii şi leucocite cari pot fi variate ca număr, iar hiperglicorrahia observată de Profesorul *Rathery*, au fost normale la un caz, la al doilea nu s'au făcut.

Pentru a putea da o semnificaţie clinică reală, acestor cazuri, în primul rând vor trebui eliminate, *a)* hemoragiile cerebro-meningeale ale lui *Chauffard* cari apar la hipertensivi cu debut brutal şi urmate de hemiplegii; *b)* hemoragiile simptomatice în cursul boalelor acute, ca febra tifoidă, variola, erizipelul, tusa convulsivă sau tuberculoza şi encefalita letargică. Tot aşa tumorile cerebrale sau intoxicaţiile endo şi exogene.

Absenţa oricărei afecţiuni sau simptome mai patognomonice pentru una din afecţiunile amintite, ne-a făcut să le trecem numai în revistă în cele 2 observaţii ale noastre, verificate dealtfel şi prin mersul boalei.

In ce priveşte etiologia acestui sindrom clinic este foarte neclară. Absenţa celor 3 cauze principale ca tuberculoza, care nu s'a putut

evidenţia nici în cazurile noastre nici în cele publicate de alţii, sifilisul absent în toate reacţiunile şi în antecedente, iar a 3-a cauză encefalita letargică din primul rând ne-a atras atenţiunea, gândindu-ne la o formă puţin obişnuită a acestei afecţiuni. După cum aminteşte în publicaţiunea sa Profesorul *Rathery*, alţi autori ca *Cordier*, *Novè-Josserand* şi *Levy*, ar fi observat un caz de hemoragie meningeală care recidivând după 10 luni, având un sfârşit letal şi la a cărei autopsie s'a găsit semnele encefalitei. *Achard* crede ca posibilă legătura între hemoragia meningeală şi encefalita letargică, iar alţii descriu cazuri unde după hemoragia meningeală, apar simptome de Parkhinsonism.

Totuşi spune *Rathery*, nu toate cazurile de hemoragie meningeală acută cu etiologie neclară sunt datorite encefalitei letargice, ci foarte frecvente sunt şi alte cauze încă necunoscute.

In cazurile observate de noi, absenţa oricărui simptom de encefalită ne-a făcut să eliminăm această cauză, rămânând o etiologie criptogenetică.

A doua problemă care se pune — prognosticul — în general este destul de favorabil.

Consideraţiuni generale: Nu ne putem limita în faţa tabloului clinic atât de alarmant al acestor 2 cazuri, ca să nu insistăm asupra dificultăţilor de primul moment şi să nu ne exprimăm dezorientarea în care ne aflam. O afecţiune acută ca expresiunea unei mari afecţiuni generale cu localizare meningeală şi cu un mers atât de favorabil este rar întâlnit. La început am făcut prognostic foarte grav, iar spre surpriza noastră, în câteva zile organismul învinge infecţiunea, stabilindu-se o imunitate.

In tratamentul afecţiunilor gastro-intestinale, locul de onoare îl ocupă preparatele de

Cărbune medicinal-Richter

şi **combinaţiunile sale**

Fabrica de produse chimice Gedeon Richter, Bucureşti

KLIMAKTON

«Knoll»

are efect cauzal şi simptomatic împotriva

tulburărilor menopauzei

ca bufeurile de căldură, stările de excitaţie, sudaţiunile profuze, durerile de cap, insomnia, etc.

Rp. Dragee Klimakton «Knoll»
Ambalaj original cu 20 bucăţi
Ambalaj original cu 50 bucăţi

De 3 ori pe zi 1-2 dragee.
Adesea sunt de ajuns şi 2 dragee pro die.

KNOLL A.-G., Fabrici de produse chimico-farmaceutice, Ludwigshafen/Rin.

Eşantioane şi literatură prin:

KNOLL S. A. R., Produse chimico-farmaceutice, Str. Atena 29, BUCUREŞTI III.

La turburări de echilibru și neuroze a sistemului nervos vegetativ, la stări nervoase și depresive, Basedow și cazuri basedowoide și migrene etc.

BELLERGAL

Combinație de Bellafolină, Ginergen și Phenobarbitan.

3—5 drageuri zilnic de exemplu un drageu dimineața, unul la dejun și 2 drageuri înainte de culcare.

Flacoane cu 25 și 100 drageuri

Reprezentanți pentru România:

Drogueria Nestor
Str. Lipscani 102
București I.

Drogueria „Royal"
Piața Unirii 26
Cluj.

SANDOZ **Fabrica chimică** fostă **„Sandoz", Basel** (Elveția)

Antigenoterapia Tuberculozei

de **Dr. Valeriu Stinghe,**
medic-şef al sanatoriului
„Belvedere"—Braşov.

Articolul de faţă nu are pretenţia să aducă ceva nou în acest domeniu al antigenoterapiei, ci doar să reamintească unele noţiuni mai mult sau mai puţin cunoscute medicilor practicieni, cari aplicate în practica medicală curentă ne poate fi uneori de un real folos.

Antigenoterapia constă în a activa asupra leziunilor tuberculoase prin anumite substanţe fabricate de bacilii tbc. însuşi în organismul uman sau animal, sau pe mediile artificiale de cultură. Aceste substanţe se numesc *antigeni.*

Se pare că până azi dintre toate extractele bacilare, cel metilic, adică *antigenul metilic*, preparat de Boquet şi Nègre, dela Institutul Pasteur din Paris, are influenţa cea mai favorabilă asupra evoluţiei procesului tbc.

Proprietatea acestui antigen, căreia i-se datorează efectele sale favorabile, este de a determina în organismele tuberculoşilor formarea de cantităţi abundente de anticorpi. Insă proprietatea cu totul specială a lui este de a provoca organizarea fibroasă a ţesuturilor perituberculoase, de a împiedeca, printr'un fel de coagulare intracelulară, împrăştierea bacililor şi de a diminua extensiunea leziunilor.

Ce este antigenul metilic?

Este un extract al bacililor umani şi bovini omorâţi prin căldură şi macerati în alcool metilic 99°, după ce în prealabil s'au eliminat produsele solubile în acetonă. In scopuri terapeutice îl întrebuinţăm diluat în apă fiziologică.

Aplicaţiile antigenoterapiei.

Antigenul metilic ca mijloc de tratament şi-a găsit până acuma aplicaţii în mai toate formele de tuberculoză: cutanată, mucoasă, ganglionară, articulară, peritoneală, pulmonară, etc., în unele cu mai multe, în altele cu mai puţine rezultate.

In *tbc. pielii* se întrebuinţează mai ales în tratamentul leziunilor cu tendinţă ulceroasă sau vegetantă mai vechi, în tbc. mucoasei nazale, în lupusul tbc. al feţii şi în diversele forme de lupus al pielei.

Modul de vindecare al acestor leziuni s'ar explica în parte şi prin acţiunea favorabilă a antigenului asupra stării generale, în sensul că apetitul creşte, greutatea bolnavului la fel, forţele revin, etc.

Din rezultatele de până acuma reiese că antigenoterapia constitue un adjuvant preţios al metodelor dermatologice clasice de tratament al tbc. pielei.

In *tbc. ganglionară* are o influenţă mult favorabilă şi cu deosebire asupra adenitelor recente nesupurate, sau la începutul ramolismentului. In adenitele vechi nesupurate antigenul metilic acţionează cu deosebire asupra periadenitei, ganglionii izolându-se repede, devenind mobili. Asupra adenitei însăş acţionează mai puţin.

Ganglionii fistulizaţi, sau ulceraţiile produse de fistulizaţia ganglionară sunt manifest influenţate de antigen, fistulele şi ulceraţiile cicatrizându-se şi lăsând în locul lor cicatrici suple, neaderente.

In afară de acţiunea sa locală antigenul mai are şi o influenţă binefăcătoare asupra stării generale întocmai ca la tuberculoza pielei.

Experienţe personale.

Personal am tratat cu antigen metilic în special adenopatii hilare şi traheo-bronşice.

In total am tratat până acuma 43 cazuri cu următoarele rezultate:

vindecări: 15
ameliorări: 18
fără rezultat: 10.

Date fiind rezultatele favorabile obţinute uneori în urma tratamentului cu antigen metilic al adenopatiilor e recomandabil ca această metodă să fie aplicată ori de câteori metodele obişnuite de tratament al adenitelor (helioterapie, radioterapie etc.) au eşuat, sau ca adjuvant al acestora.

Tuberculoza osoasă şi articulară încă poate fi tratată cu antigen obţinându-se uneori rezultate remarcabile.

Tuberculoza peritoneală formă ascitică şi cazeoasă poate fi tratată cu antigen metilic cu efecte bune. Sub influenţa acestui tratament starea generală a bolnavului se ameliorează, lichidul dispare, gatourile peritoneale se ramolesc şi se resorb.

Tratamentul în această formă de tbc. este îndelungat, dela 3 luni până la un an, cu 2 injecţii săptămânal.

Experienţe personale.

Personal am tratat cu antigen 9 cazuri de peritonită bacilară, următoarele rezultate:

vindecări: 4
ameliorări: 2
staţionare: 3.

Şi aici antigenoterapia va fi aplicată cu titlul de adjuvant al metodelor obişnuite de tratament al tbc. peritoneale.

In tratamentul *tuberculozei pulmonare* antigenoterapia este mai ales indicată în formele incipiente, în toate formele torpide, în formele fibro-cazeoase şi ulcero-cazeoase comune cu tendinţă spre evoluţie, cari nu sunt justiţiabile de alt tratament, apoi în formele subfebrile sau afebrile, mai rar în cele febrile peste 38°. Indicată mai este în sechelele pleureziilor şi în cazurile de tbc. pulmonară fără fenomene congestive marcante. S'a observat uneori dispariţia epanşamentelor pleuretice tratatate cu antigen metilic.

Antigenoterapia este contraindicată în formele evolutive cu oscilaţii mari termice şi în toate formele grave.

Efectele bune ale antigenului se manifestă printr'o ameliorare a stării generale (revenirea apetitului, creşterea greutăţii, etc.) prin scăderea temperaturii, printr'o desicare a focarelor bolnave şi printr'un proces de scleroză.

Unii practicieni au observat dispariţia bacililor din spută după un tratament îndelungat cu antigen metilic.

Experienţe personale.

Am întrebuinţat antigenul metilic în tratamentul tbc. pulmonare cu deosebire în formele incipiente, indurative, cu stări subfebrile (37^2—37^5).

Am tratat în total 32 cazuri, cu următoarele rezultate:

vindecări: 12
ameliorări: 11
staţionări: 9.

In 3 cazuri din cele de mai sus, am observat în urma tratamentului cu antigen reacţii focale manifestate printr'o congestie în jurul leziunilor, raluri fine şi un uşor puseu febril. Aceste fenomene n'au durat însă decât câteva zile, totul intrând apoi în ordine, bolnavii ameliorându-se.

Am întrebuinţat antigenul metilic şi în câteva cazuri de tbc. pulm. fibro-cazeoasă, rezultatele obţinute au fost însă neînsemnate.

E locul să amintesc aici că nu trebue să aşteptăm dela antigenul metilic mai mult decât ne poate oferi. Trebue considerat şi el ca un stimulent al mijloacelor de apărare ale organismului contra bacilozei.

Această metodă în nici un caz nu poate fi opusă metodelor clasice de tratament al tuberculozei, cum e: cura higieno-dietetică, pneumo-toracele artificial, metodele chirurgicale etc. ci va fi considerată ca un adjuvant al acestora.

Reacţiile provocate de antigen pot fi: *locale, focale* şi *generale.*

In general injecţiile de antigen făcute subcutanat sau intramuscular nu provoacă nici o reacţie *locală.* Foarte rareori totuşi la cei cu sensibilitate cutanată specială se observă o reacţie locală manifestată printr'o roşeaţă şi impăstare la nivelul injecţiei. Acestea însă dispar repede, având grije ca la injecţia viitoare să nu mărim doza.

Reacţiile generale sunt aproape nule dacă întrebuinţăm doze uşor crescânde de antigen. Dacă totuşi uneori se produc, atunci ele se manifestă printr'o reacţie termică mai mult sau mai puţin pronunţată. Bolnavii febricitanţi, cu tendinţă febrilă sau subfebrilă au o sensibilitate mai mare şi fac mai deseori reacţii termice.

Reacţiile focale apar în tbc. pulmonară cu deosebire atunci când exagerăm doza şi se manifestă printr'o accentuare a semnelor stetacustice, prin spute hemoptoice, sau chiar hemoptizii, printr'o accentuare a expectoraţiei etc.

Modul de întrebuinţare şi dozajul.

După experienţele de până acuma reiese că ritmul injecţiilor şi dozajul lor este următorul: Se injectează subcutanat sau intramuscular de 2 ori pe săptămână, începând cu $^1/_4$ cm. c. şi se continuă cu $^1/_2$, $^3/_4$, 1, $1^1/_4$, $1^1/_2$, $1^3/_4$, până la 2 cm. c. din cel diluat $^1/_{10}$, după care se va putea trece la cel pur, în acelaş ritm până la $1—1^1/_2$ cm. c.

Dacă se produc reacţii locale, focale sau generale atunci vom repeta dela 2—3—4 ori doza anterioară înainte de a trece la doza imediat superioară.

Durata tratamentului variază dela 2—3 luni până la un an şi mai mult. In mod experimental la animale s'a observat că procesul de scleroză apare în plămâni abia după 8—10 luni.

Rezultă din cele de până acuma că antigenoterapia îşi găseşte aplicaţie cu deosebire în formele chirurgicale ale tuberculozei şi mai rar în unele forme de tuberculoză pulmonară. Vom reţine însă un lucru şi anume că antigenul metilic nu trebue considerat ca un remediu specific al tuberculozei ci ca un adjuvant al metodelor clasice de tratament al tuberculozei.

Câteva propuneri privitoare la combaterea mortalităţii infantile

de **Dr. I. Stoichiţia**

Cea mai importantă problemă de sănătate publică pentru România este fără îndoială problema *mortalităţii infantile.*

Dacă ţara noastră deţine tristul record de a avea dintre toate ţările europene cea mai mare proporţie de *mortalitate generală,* aceasta se datoreşte în primul rând numărului excesiv de mare al morţilor în prima vârstă a copilăriei. Analizând decesele oricărui an pe grupe de vârstă vom constata că aproape 50% a morţilor sunt între 0—5 ani, deci copii din prima vârstă, şi mai mult ca 30% din totalul morţilor dintr'un an sunt copii cari încă nu au împlinit etatea de un an.

Iată în cifre globale şi procentuale situaţia mortalităţii infantile în ultimii 6 ani:

Anul	Copii morţi sub 1 an	La 100 noui născuţi
1930	109.955	17,6
1931	109.041	18,8
1932	122.184	18,5
1933	103.765	17,4
1934	111.520	18,2
1935	112.415	19,2

Din analiza cât de sumară a cifrelor de mai sus se impune constatarea că *avem o mortalitate infantilă excesiv de mare şi că această mortalitate, în ultimii 6 ani, nu arată nici cea mai mică tendinţă de ameliorare.* De altfel, situaţia este staţionară de mai mult ca 30 de ani, cu toate că organizaţia sanitară a ţării în acest interval s'a desvoltat mult, câştigând în extindere, şi cu toate că ştiinţa puericulturei a făcut în ultimele 3 decenii progrese remarcabile.

Cifrele de mai jos ne înfățișează procentual mortalitatea infantilă pe ultimii 30 de ani:

Anul	La 100 noui născuți
1906	19,3
1910	19,8
1915	19,9
1920	19,6
1925	19,2
1930	17,6
1935	19,2

Este deci evident că în domeniul combaterii mortalității infantile toate eforturile depuse până în prezent nu au dat rezultatele dorite, deși în acest domeniu majoritatea țărilor europene, având o situație inițială incomparabil mai bună decât a noastră, au putut înregistra rezultate dintre cele mai frumoase.

Pentru documentare ne permitem a reproduce mai jos un tablou statistic apărut în Nr. 7—1936 al *Buletinului Oficiului Internațional de igienă publică din Paris* și care tablou ne înfățișează situația mortalității infantile din 20 de țări, începând cu anul 1913 și până în anul 1935.

Mortalitatea infantilă.

Decese sub 1 an referite la 100 de noui născuți.

Anul	Anglia	Scoția	Danemarca	Norvegia	Suedia	Finlanda	Polonia	Cehoslovacia	Austria	Ungaria
1913	10,8	15,0	9,4	6,5	7,0	11,3	—	—	19,0	20,1
1921	8,3	9,0	7,7	5,4	6,4	9,4	—	—	15,5	19,3
1922	7,7	10,1	8,5	5,5	6,3	9,9	—	—	15,6	19,8
1923	6,9	7,9	8,2	5,0	5,6	9,2	—	14,7	14,2	18,4
1924	7,5	9,8	8,5	5,0	6,0	10,6	—	14,8	12,8	19,3
1925	7,5	9,1	8,0	5,0	5,5	8,5	—	14,6	11,9	16,8
1926	7,0	8,3	8,4	4,8	5,7	8,6	—	15,4	12,3	16,7
1927	7,0	8,9	8,3	5,1	6,2	9,7	15,1	15,7	12,5	18,5
1928	6,5	8,6	8,1	4,9	6,2	8,4	14,5	14,6	12,0	17,7
1929	7,4	8,7	8,3	5,4	6,0	9,2	14,9	14,2	11,3	17,9
1930	6,0	8,3	8,2	4,6	5,4	7,5	14,3	13,7	10,6	15,4
1931	6,6	8,2	8,1	4,6	5,7	7,5	14,2	13,4	10,3	16,2
1932	6,5	8,6	7,2	4,7	5,1	7,1	14,4	13,8	10,6	18,4
1933	6,4	8,1	6,8	4,8	5,0	7,6	12,8	12,7	9,4	13,6
1934	5,9	7,8	6,4	—	4,7	7,3	14,1	12,6	9,2	14,8
1935	5,7	7,7	—	—	—	—	12,7	—	—	15,4

Anul	Elveția	Germania	Olanda	Belgia	Franța	Spania	Italia	România	Japonia	Australia
1913	9,6	15,1	9,1	13,0	11,4	15,5	13,8	20,2	15,2	7,2
1921	7,4	13,2	7,6	11,5	11,7	14,7	12,9	20,0	17,6	6,6
1922	7,0	13,0	6,7	10,7	8,7	14,3	12,6	20,7	16,6	5,3
1923	6,1	13,2	5,7	9,3	9,6	14,8	12,7	20,7	16,3	6,1
1924	6,2	10,9	6,0	8,9	8,5	14,2	12,6	20,1	15,6	5,7
1925	5,8	10,5	5,8	9,4	8,9	14,6	11,9	19,2	14,2	5,3
1926	5,7	10,2	6,1	9,7	9,7	12,6	12,7	19,5	13,7	5,4
1927	5,7	9,7	5,9	9,2	8,3	12,7	12,0	20,8	14,2	5,4
1928	5,4	8,9	5,3	8,7	9,2	12,5	12,0	18,7	13,8	5,3
1929	5,2	9,6	5,9	10,4	9,6	12,3	12,5	19,7	14,2	5,1
1930	5,1	8,4	5,1	9,3	7,8	11,7	10,6	17,6	12,4	4,7
1931	4,9	8,3	5,0	8,3	7,6	11,6	11,3	18,0	13,2	4,2
1932	5,1	7,9	4,6	8,7	7,7	11,2	11,0	18,5	11,8	4,1
1933	4,8	7,7	4,4	8,6	7,5	11,2	10,0	17,4	12,1	4,0
1934	4,6	6,6	4,3	7,6	6,9	11,3	9,9	18,2	12,5	4,4
1935	—	6,8	4,0	—	6,9	—	—	19,2	—	—

Se constată deci că dintre 20 de țări, europene și extra-europene, România singură mai are o mortalitate infantilă care se apropie de 20%; că 14 state din 20 au ajuns la o mortalitate infantilă sub 10% (Olanda abia 4%) și că în decurs de 22 de ani minimul de progres se constată la țara noastră cu abia 1%, ameliorările celorlalte țări fiind mult superioare (Austria 9,8%).

Din exemplul pe care ni-l oferă alte țări rezultă mai presus de orice îndoială că *mortalitatea infantilă este susceptibilă de importante ameliorări, și încă în termen relativ scurt, și că prin aceste ameliorări se influențează favorabil și în mod hotărâtor situația mortalității generale.*

Se pune deci, cu drept cuvânt, întrebarea cari sunt cauzele situației rele în care ne găsim și cari ar putea fi mijloacele chemate să remedieze această situație?

Cauzele mortalității infantile excesive din țara noastră, sunt cât se poate de multiple și variate. În primul rând ele rezidă în *situația social-economică rea*, în deosebi a populației noastre rurale și în *lipsa aproape totală a unei culturi igienice a populațiunei.* Este evident că într'un mediu cu o stare social-economică rea, mortalitatea noilor născuți va fi mare, de o parte din cauza mizeriei fiziologice

a mamei subnutrite şi supusă celor mai grele eforturi fizice până în ultimele clipe ale graviditătii şi silită să nască în cele mai primitive şi neigienice condiţiuni, iar pe de altă parte din lipsa oricărei îngrijiri raţionale a copilului după naştere. *Protecţia materno-infantilă în mediul nostru rural şi în straturile sociale mai paupere din oraşele noastre, este un desiderat încă nerealizat* şi lipsa aproape totală a acestei protecţii este unul din factorii de căpetenie a excesivei mortalităţi infantile de care suferim.

Starea culturală încă primitivă a ţărănimei noastre şi *lipsa aproape totală a unei educaţii igienice* este al doilea motiv principal al situaţiei rele în care ne găsim. Se mai adaogă la aceasta cauzele de ordin sanitar şi medical: *lipsa unei asistenţe competente la naştere, lipsa totală a unui control şi îndrumare în perioada prenatală şi îngrijirea primitivă sau mai bine zis lipsa aproape totală de îngrijire a copiilor noui născuţi.* Un rol important mai are *răspândirea pe o scară întinsă a maladiilor medico-sociale:* tuberculoza, sifilisul, pelagra, etc. în sânul părinţilor şi în unele regiuni ale ţării (Banat) *un evident declin biologic al rassei.*

Am schiţat în mod cu totul sumar şi evident, incomplet, principalele cauze ale mortalităţii infantile din ţara noastră şi socotim de util a sublinia aceste constatări prin câteva date.

Este fără îndoială că judeţe cu o populaţie într'o stare social-economică şi culturală mai bună vor avea o mortalitate infantilă relativ scăzută, iar judeţe cu o populaţie pauperă şi o stare culturală înapoiată vor avea o mortalitate infantilă dintre cele mai mari. Astfel vom găsi că judeţul *Braşov* are spre exemplu în 1935 o mortalitate infantilă de numai 11,5%; judeţul *Făgăraş* de 13,3%; judeţul *Târnava-Mare* de 12,4% şi judeţul *Sibiu* de 14,2% până când în acelaş an, judeţe mai înapoiate, cum este *Fălciul* are o mortalitate infantilă de 23,0%; judeţul *Cahul* de 24,3%; judeţul *Orhei* de 26,3% şi judeţul *Lăpuşna* chiar de 29,5%.

Tot astfel este evident că judeţe cari deşi au o stare economică şi culturală relativ bună, dar dispun de o populaţie care se găseşte într'o stare de declin biologic accentuat, cum sunt judeţele bănăţene, vor avea pe lângă o natalitate mică o mortalitate infantilă destul de ridicată, până când judeţe cu o stare materială deşi mai slabă, dar având o rasă în plină vigoare biologică, vor avea o mortalitate infantilă mai redusă. Astfel, până ce judeţul *Severin* (Banat) are o mortalitate infantilă de 19,3%; judeţul *Timiş* 18,3% şi judeţul *Arad* 20,8%, — în acelaş timp judeţul *Gorj* are o mortalitate infantilă de 15,2%; judeţul *Vâlcea* de 14,8% şi judeţul *Mehedinţi* de abia 13,7%.

In ceeace priveşte *cauzele de ordin medico-sanitar* este destul dacă amintim că în mediul nostru rural abia 34,8% a naşterilor sunt asistate de moaşe diplomate, până când 58,8% a naşterilor sunt asistate de moaşe empirice, iar 6,4% nu beneficiază de nici un fel de asistenţă. Mai adăogăm la aceasta că după datele statistice ale Institutului nostru Demografic 89,7% a copiilor sub un an, morţi în mediul rural, nu au fost văzuţi de medici înainte de moarte.

In lumina celor mai sus arătate, este natural că măsurile cari se impun pentru combaterea mortalităţii infantile nu pot fi numai de ordin medical sau sanitar, ci ele trebuesc să se extindă asupra tuturor cauzelor cari contribue într'o atât de largă măsură la marea noastră mortalitate infantilă. Socotim că măsurile de ordin social-economic şi cultural au aceeaşi însemnătate ca şi cele date în sarcina serviciului sanitar, mai mult, cele din urmă nu pot da rezultatele dorite decât completate şi amplificate cu cele dintâi. Va trebui deci întocmit, în cadrele unei vaste *acţiuni de stat*, un program de activitate de lungă durată şi la realizarea căruia va trebui să colaboreze într'o riguroasă disciplină şi în deplină armonie toţi factorii chemaţi ai Statului dimpreună cu autorităţile locale şi cu întreaga societate românească. Numai astfel se va putea porni o adevărată *cruciadă pentru combaterea mortalităţii infantile* şi numai astfel vom putea salva zecile de mii de vieţi omeneşti pe cari le pierdem în fiecare an din cauza lipsei unei organizări serioase şi a unei acţiuni energice şi devotate.

In cadrele acestei acţiuni de Stat ca *măsuri social-economice şi culturale* preconizăm următoarele:

1. O vie şi bine susţinută activitate pentru *ameliorarea situaţiei social-economice* a ţărănimii noastre şi prin aceasta pentru ridicarea *standardului de viaţă* care astăzi este cât se poate de scăzut. Se impune deci o protecţie hotărîtă a Statului pe teren economic, în deosebi a familiilor ţărăneşti cu numeroşi copii, prin acordarea de diferite avantagii materiale şi prin plasarea copiilor în şcoli de agricultură, de meserii, etc.

2. O activitate intensă şi de foarte lungă durată *pentru ridicarea stării culturale* a păturei noastre rurale şi în deosebi măsuri chibzuite de difuzare pe o scară cât mai întinsă a cunoştinţelor din domeniul igienei. Un rol deosebit ar avea pe acest teren societăţile noastre culturale („Astra", „Liga Culturală", „Fundaţiile Regale", etc.), preoţii, învăţătorii, medicii şi surorile de ocrotire.

3. *Intensificarea învăţământului igienic în şcoli*, începând cu şcolile primare. Introducerea unor cursuri speciale de igienă în

şcolile normale pentru învăţători şi în seminariile şi academiile de teologie. Accentuăm încă odată rolul important pe care îl pot avea preoţii şi învăţătorii cari trebue să devină factori activi în propaganda culturei igienice la ţară.

4. Măsuri chibzuite pentru *încurajarea căsătoriilor legitime* şi reducerea prin orice mijloace a numărului mare de concubinaje cari contribue într'o largă măsură la marea noastră mortalitate infantilă.

Ca măsuri de *ordin medico-sanitar* preconizăm următoarele:

1. Introducerea obligatorie a *certificatului prenupţial.*

2. *Asigurarea unei asistenţe a naşterilor* prin *crearea unui corp select de moaşe diplomate* bine pregătite. Pe lângă şcolile de moaşe existente vor trebui înfiinţate o serie întreagă de şcoli noui deodată cu o radicală reformă a învăţământului în aceste şcoli. Instrucţia în şcolile de moaşe va trebui să se facă într'o egală măsură în domeniul obstetrical şi în domeniul puericulturei. Colaborarea intimă între medicul obstetrician şi între medicul puericultor se impune dela sine. Absolventele şcolilor de moaşe primind o educaţie integrală în ambele domenii, vor putea activa în viitor cu maximum de folos în cercul lor de activitate şi vor contribui într'o largă măsură la combaterea mortalităţii infantile.

Pentru a putea avea însă numărul suficient de moaşe diplomate, bine pregătite, pentru toate comunele rurale din ţară şi pentru a putea atrage spre această carieră elementele cele mai capabile şi mai devotate va trebui, în sfârşit, aranjată definitiv şi situaţia lor materială. Moaşele vor trebui deci încadrate într'un sistem de salarizare corespunzător pentru a se putea dedica întru totul profesiunei pe care o exercită. Se mai impune stăvilirea exodului moaşelor diplomate către spitale şi diferitele instituţii sanitare din oraşe unde de prezent ocupă, în mare număr, posturi de surori de caritate şi de infirmiere.

3. Asigurarea unui *serviciu real de educaţie igienică în familie* şi de profilaxie în domeniul bolilor sociale prin accelerarea formării unui număr cât mai mare de *surori de ocrotire.* Instituţiei surorilor de ocrotire trebue să i se dea o desvoltare cât mai largă pentru a dispune de un număr cât mai mare posibil de surori de ocrotire cari s'au dovedit ca cei mai importanţi şi cei mai utili factori de medicină preventivă în mediul rural. Se mai impune stabilirea unui program de activitate pentru surorile noastre de ocrotire în deplină colaborare cu medicii sanitari. Crearea de noui institute pentru for-

marea surorilor de ocrotire este deci o necesitate dintre cele mai urgente.

4. Propunem înființarea unor posturi de *medici puericultori* specializați, câte 1—3 de fiecare județ. Acești medici vor fi îndrumători tehnici ai luptei în contra mortalității infantile; ei vor lucra pe teren, dând consultațiuni de specialitate, săptămânal, la diferitele case de ocrotire și dispensarii din cuprinsul județului. Medicii puericultori vor îndeplini în acelaș timp și rolul de propagandiști în domeniul igienei și protecției materno-infantile și prin ei se va asigura asistența medicală competentă a copiilor din mediul rural. Medicii puericultori vor aparține serviciului sanitar județean; ei vor colabora cu toți medicii sanitari din cuprinsul județului, precum și cu surorile de ocrotire și cu moașele comunale. Funcția medicului puericultor județean va fi deci ambulantă, el activând pe teren și având ca centru de activitate casa de ocrotire și dispensarul.

5. Se impune ca o necesitate *crearea de cât mai multe case de ocrotire* conform prevederilor preconizate în articolele 149—151 din Legea sanitară: înființarea de *dispensarii* preconizate prin dispozițiile din art. 122—128 din Legea sanitară și înzestrarea acestor instituții cu tot utilajul modern necesar. Având în fiecare județ, cel puțin în punctele principale, câteva case de ocrotire complete și bine utilate se vor putea crea adevărate centre de sănătate pentru inaugurarea unei reale organizări de medicină preventivă în mediul nostru rural. Aceste instituții, pe lângă întreg utilajul necesar, vor trebui să dispună și de personal bine instruit, în primul rând surori de ocrotire, precum și de o bucătărie de lapte și de alimente necesare primei copilării.

6. Propunem să se creeze pe lângă fiecare dispensar policlinic (ambulator policlinic) din orașe câte o *secție de pediatrie și puericultură*, iar spitalele din capitalele județului să-și înființeze *servicii de pediatrie* bine utilate și conduse de medici specialiști. Pe lângă aceste dispensarii policlinice va funcționa și o bucătărie de lapte.

7. Până la formarea medicilor puericultori necesari să se organizeze *cursuri de perfecționare în pediatrie și puericultură* pentru medicii sanitari cari activează pe lângă casele de ocrotire și dispensariile existente.

8. Să se înființeze cât mai numeroase *centre de ocrotire* pentru copiii abandonați și orfani. Să se creeze *preventorii* pentru copiii proveniți din familii tuberculoase. Plasarea copiilor în aceste instituții se va face prin intermediul caselor de ocrotire, dispensariilor

policlinice, serviciilor de ocrotire dela oraşe, prin medicii puericultori şi prin surorile de ocrotire.

9. Să se organizeze o *luptă activă în contra tuberculozei* şi o adevărată *cruciadă pentru stârpirea sifilisului.*

10. Introducerea obligatorie şi executarea în toate regiunile ţării a *vaccinaţiei anti-tuberculoase cu vaccinul B. C. G.*

Am schiţat numai în linii generale principalele măsuri pe care le socotim indispensabile pentru organizarea unei lupte reale şi atât de necesare pentru combaterea mortalităţii infantile. Este evident că fără armamentul necesar nu se va putea activa cu folos şi acest armament de personal şi de material reclamă fonduri destul de importante. Socotim însă că situaţia tristă în care ne găsim şi valoarea incontestabilă a capitalului uman pe care îl pierdem, vor justifica orice sacrificiu şi orice efort atât din partea Statului, cât şi din partea societăţii. A mai întârzia şi a mai tolera situaţia de astăzi care ne degradează în faţa civilizaţiei, înseamnă a ne face culpabili de o gravă răspundere faţă de generaţiile viitoare.

Mortalitatea infantilă este şi rămâne problema centrală a preocupărilor noastre sanitare şi Statul dimpreună cu întreaga Societate românească sunt obligate să facă toate eforturile şi orice sacrificiu pentru rezolvirea ei.

Entérites - Apendicites - Intoxications

BIOLACTYL

COMPRIMÉS : 4 à 8 comprimés par jour aux repas dans de l'eau sucrée.

LIQUIDE : Enfants : 1|4 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|4 de verre d'eau sucrée.
Adultes : 1|2 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|3 de verre d'eau sucrée.
Nourrissons : 2 à 6 cuillerées à café par jour, dans de l'eau sucrée.

Le Laxatif par excellence des Enfants ; Covalescents ; Jeunes filles ; Opérés.

LAXATIF GOBEY

(aux sucs de fruits).

Adultes : 1 cuillerée à soupe, le soir au coucher.
Enfants : 1|2 dose.

Gastro-entérites — entéro-colites — auto-intoxications — fermentations gastro-intestinales

CARBONÉSIE

(Charbon activé — Magnésie — CO^3 CA)

3 à 4 cachets par 24 heures

Angines — Brûlures — Ulcérations

NÉOL

(ozone naissant)

GARGARISMES :
2 cuil. à potage par verre d'eau.
PANSEMENTS :
Néol 1 partie — Eau 4 parties.

Sedatif non toxique des toux rebelles

CODOFORME BOTTU

SIROP PAR 24 HEURES :

Jeunes enfants : 2 à 4 cuillerées à café.
Grands enfants : 2 à 4 cuillerées à dessert.
Adultes : 2 à 4 cuillerées à potage.

COMPRIMÉS : Adultes : 5 à 8 par 24 heures.
Enfants : 2 à 3 par 24 heures.

Vaginites — Métrites — Leucorrhées, etc.

NEOLIDES

(Comprimés oxigénants)
(ne tachent pas)

1 à 4 Néolides par injection vaginale.

Anémies — Hémorragies

HEMOSTYL

du Dr. ROUSSEL
(sérum hémopoïétique de cheval)

FLACONS-AMPOULES : 1 à 2 amp. par jour per os.
SIROP : 2 à 3 cuillerées par jour.

Rachitisme — Troubles de croissance
Tuberculose — Allaitement — Fractures

CALCIGÉNOL IRRADIÉ

(Phosphate Pinard + Vitamine D)

PAR 24 HEURES : 2 cuil. a potage **(Adultes)** — 2 cuil. à dessert **(Enfants).** — 2 cuil. à café **(Nourrissons).**

Dermatoses non suppurées

INOTYOL

(Pommade — Poudre — Ovules-Suppositoires)

Prévient l'infection, jugule les septicémies

PYOFORMINE

(Pus aseptique + Uroformine)
ni choc — ni douleur

1 à 2 ampoules par 24 heures en injections infra-musculaires

Dermatoses suppurées-furonculose-acné

INOSEPTA

(Pomade aux Antivirus)

Antiseptique du sang, des voies biliaires, des voies urinaires

UROFORMINE GOBEY

(Hexaméthylène-tétramine pure)
comprimés de 0 g. 50

2 à 6 comprimés par 24 heures, dissous dans de l'eau froide.

AGENT GENERAL POUR LA ROUMANIE

RENÉ DUNOD

103, STR. TOAMNEI
BUCAREST III.
Téléphone : 2.21-38

CHINOIN·S·A·

BIROBIN

Pentru întărire
Pentru cura de îngrăşare
Pentru stimularea hematopoezei

Fortifiant pe bază organoterapică

Preparat din mucoasa gastrică, fier, cupru şi mangan, sub formă de drageuri.

Indicat şi în practica infantilă.

Flacoane originale a câte 100 drageuri.

REPREZENTANŢA GENERALĂ: FREDERIC SPODHEIM & Cº S·A· BUCUREŞTI·I·STR·SFT·CONSTANTIN·4

NOU **NOU**

Un progres al terapeuticei în tuse

RADIPON Dr. Wander

Tablete ce conţin alcaloizii şi principiile active ale rădăcinii de Ipeca.

Tabletele Radipon sunt în comerţ şi sub formă de

RADIPON cum CODEINO Dr. WANDER

Tablete ce conţin alcaloizii şi principiile activi ale rădăcinii de Ipeca, la care s'a adaogat Codein phenylaethylbarbiturie

Adulţii vor lua la fiecare 3 ore 1/2 tabletă Radipon cum Codeino
Copii „ „ „ 3 „ 1/4 „ „ „ „
Pentru Radipon Dr. Wander dozele vor fi dublate

Mostre şi literatură serveşte la cerere

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice

Bucureşti VI, Str. Cazărmii 89.

Rezultatele detailate ale anchetelor medico-sociale din judeţul Sibiu

Comuna Cărpiniş.

Comuna Cărpiniş se află la marginea de Vest a judeţului, aşezată sub poalele munţilor Sibiului, cu o populaţie pur românească. Ocupaţia locuitorilor este viticultura şi agricultura care le aduce însă un câştig foarte redus.

Nivelul cultural al populaţiei este la nivelul mijlociu al comunelor noastre româneşti.

Ancheta s'a executat în ziua de 18 Februarie 1934, luând parte 16 medici, 1 farmacist, 4 surori de ocrotire, 1 om de serviciu şi 4 intelectuali din comună.

Din totalul populaţiei de 873 de suflete, s'au examinat 825 adică 94,5%.

Constatări generale.

Starea materială a locuitorilor a fost găsită bună în 28,7%, mediocră în 42,1% şi rea în 29,2%.

40 case au o singură cameră de locuit, un total de 129 locuitori, adică 3 persoane pe cameră.

167 case au 2 camere de locuit şi un total de 689 locuitori deci în medie 2 persoane pe cameră.

23 case au 3 camere de locuit, adăpostind 108 persoane cu media 1,5 persoane pe cameră.

Distribuţia populaţiei după scara Sundbärg ne dă următoarele:

Grupul 0—14 ani . . .	31%
„ 15—49 „ . . .	49%
„ 50 ani în sus .	20%

Avem deci o populaţie cu caracter staţionar.

In ziua anchetei se aflau în comună peste etatea de 80 de ani ca cei mai vârstnici 3 persoane şi anume: una femeie de 82 de ani, alta de 84 de ani şi una de 86 ani.

Constatări de ordin medical.

Dintre cei 825 examinaţi au fost aflaţi bolnavi 240 (29%).

Tuberculoza a fost diagnosticată în 4 cazuri cu o formă pulmonară, una ganglionară şi două osoase.

Sifilisul a fost descoperit în 10 cazuri, toate forme latente. Reacţia Wassermann s'a executat la 64 persoane, dintre cari: 10 cu rezultat pozitiv şi 54 cu rezultat negativ.

Afecţiunile aparatului respirator (fără tuberculoză) au fost diagnosticate în 71 de cazuri.

Afecţiunile aparatului circulator cu 27 afecţiuni organice şi una funcţională, în total 28.

Afecţiunile aparatului digestiv sunt trecute cu 40 de cazuri, dintre cari: 18 gastrice, 21 intestinale şi una hepatică.

Afecţiunile uro-genitale în 16 cazuri.

Afecţiunile sistemului nervos în 9 cazuri, ale pielii 25, oculare 17 şi de nas, gât şi urechi 19.

S'au notat 48 guşaţi, 2 cretini, 2 surdo-muţi şi 1 alienat.

S'au executat 62 extracţii dentare.

Medicamente s'au distribuit în mod gratuit în 312 cazuri. Spesele au fost de 7.860 Lei, adică 9,50 Lei de persoană examinată.

Comuna Cunţa.

Comuna Cunţa este aşezată în partea de Vest a judeţului în apropierea şoselei naţionale Sibiu—Alba-Iulia, la o distanţă de 50 km. de Sibiu. Populaţia care este pur românească se ocupă cu agricultura de unde îşi câştigă, într'o măsură abia suficientă, mijloacele de traiu. Fiind o comună mică şi săracă îi lipseşte pătura intelectuală, care ar fi putut să o îndrume şi din această cauză a rămas din toate punctele de vedere în urma celorlalte comune vecine.

Ancheta s'a executat în ziua de 22 Aprilie 1934, luând parte: 17 medici, 1 farmacist, 3 surori de ocrotire şi 1 om de serviciu. Cu această ocaziune am avut deosebită cinste de a avea în mijlocul nostru pe dl Ministru al Sănătăţii Dr. I. Costinescu, pentru a se documenta la faţa locului de felul executării acestor anchete medico-sociale.

Constatări generale.

Starea materială a locuitorilor este bună în 19,7%, mediocră în 24,1% şi rea în 55%.

16 case au o singură cameră de locuit cu un total de 60 persoane, adică 3,7 persoane pe cameră.

103 case sunt cu 2 camere de locuit şi un total de 435 persoane, adică 2,1 persoane pe cameră.

15 case sunt cu 3 camere de locuit şi un total de 60 persoane, deci 1,3 persoane pe cameră.

Distribuţia populaţiei după scara Sundbärg ne dă următoarele:

Grupul 0—14 ani . . . 32%
„ 15—49 „ . . . 51%
„ 50 ani în sus . . 17%

Avem deci o populaţie cu caracter staţionar.

In ziua anchetei se aflau în comună peste limita de 80 de ani, ca cei mai vârstnici 3 persoane, toţi bărbaţi, unul de 94 de ani, altul de 83 de ani şi unul de 82 de ani.

Constatări medicale.

Din totalul de 609 locuitori s'au examinat 564, adică 90,1% a populaţiei, iar din cei 564 examinaţi 110 (19%) au fost aflaţi bolnavi.

Tuberculoza s'a descoperit în 3 cazuri cu 1 formă pulmonară şi 2 ganglionare.

Sifilis nu s'a găsit. S'au luat 41 probe de sânge pentru reacţia Wasserman, toate cu rezultat negativ.

Tumorile maligne sunt reprezentate printr'un caz de cancer stomacal.

Afecţiunile aparatului respirator au fost diagnosticate în 26 de cazuri.

Afecţiunile aparatului circulator în 5 cazuri.

Afecţiunile aparatului digestiv cu 16 cazuri, dintre cari 10 gastrice, 4 intestinale şi 2 hepatice.

Afecţiunile aparatului uro-genital în 9 cazuri, ale sistemului nervos în 5 cazuri, ale pielei 6, de nas, gât, urechi 8, iar oculare 14 dintre cari 3 cazuri de trachom.

S'au notat un orb şi 3 cretini.

S'au executat 41 extracţii dentare.

Medicamente gratuite s'au distribuit în 112 cazuri.

Spesele acestei anchete au fost de 6.479 Lei, revenind 11,40 Lei de persoana examinată.

Comuna Gurarâului.

Gurarâului este o comună pur românească aşezată sub poalele munţilor Sibiului la distanţă de 22 km., de oraşul Sibiu în spre sud-vest. Este una dintre cele mai mari comune rurale din judeţ, care prin aşezarea ei pitorească, gospodăriile bine închegate, face o impresie bună asupra vizitatorilor streini.

Ocupaţia principală a locuitorilor este pădurităt şi în mai mică măsură, din cauza pământului cultivabil redus, agricultura. In ultimul timp a început să se dee mai multă importanţă pomiculturei, locul fiind foarte prielnic pentru această cultură.

Starea culturală a populaţiei este ceva mai ridicată peste nivelul comunelor noastre româneşti.

Ancheta s'a executat în zilele de 6, 13 şi 20 Mai 1934, având în aceste zile de anchetă de fiecare ocazie 21 medici, 2 farmacişti 5 surori de ocrotire, o moaşe şi un om de serviciu.

Constatări generale.

Starea materială a locuitorilor a fost găsită bună în 15%, mediocră 38% şi rea în 44%.

121 case au o singură cameră de locuit cu un total de 365 suflete, cu o medie de 3 persoane pe cameră.

428 case au două camere de locuit cu un total de 1647 suflete şi media de 1.9 persoană pe cameră.

100 case sunt cu trei camere de locuit cu un total de 460 suflete şi media de 1.5 persoană pe cameră.

23 case cu 4 camere de locuit cu un total de 115 suflete şi 1.2 persoană pe cameră.

Distribuţia populaţiei după scara lui Sundbärg ne dă următoarele:

Grupul	0—14 ani	30%
„	15—49 „	49%
„	50 ani în sus	21%

Avem deci o populaţie cu caracter tip staţionar.

Constatări medicale.

Din numărul de 3281 de locuitori ai comunei au fost examinaţi 2949, adecă 89,8% a întregei populaţii, iar din cei 2949 examinaţi 420 (15.6%) au fost găsiţi atinşi de diferite maladii.

Tuberculoza a fost diagnosticată în 17 cazuri, dintre cari 9 forme pulmonare, 4 ganglionare, 2 osoase şi 2 a altor organe.

Sifilisul a fost descoperit în 29 de cazuri cu 4 cazuri de sifilis manifest şi 25 cazuri sifilis latent. S'a luat probe de sânge pentru reacţia Wassermann cu 28 rezultate pozitive şi 201 negative.

Dintre tumorile maligne s'a descoperit 1 caz de cancer stomacal.

Afecţiunile aparatului respirator, fără tuberculoză, sunt trecute cu 78 cazuri.

Afecţiunile aparatului circulator cu 18 cazuri, cele ale tubului digestiv cu 91 de cazuri, dintre cari 22 gastrice, 17 hepatice şi 52 intestinale.

Afecţiunile aparatului uro-genitale sunt trecute cu 18 cazuri, ale sistemului nervos cu 18 cazuri, ale pielei cu 25, boli de ochi 35 şi de nas, gât şi urechi 38.

S'au notat 36 guşaţi, 2 cretini, un orb şi 3 surdo-muţi.

S'au executat 520 extracţii dentare.

Medicamente gratuite s'au distribuit în 1122 de cazuri.

Spesele acestei anchete se ridică la 19.963 Lei, adecă 7.40 Lei de cap de locuitor examinat.

Dr. Iosif Stoichiţia. **Dr. Ioan Cosma.**

CHINOIN·S·A·

strychnotonin

Arsen/Strychnină/Fosfor

Injecţii, Tablete

Roborans/Tonic/Stimulans

REPREZENTANŢA GENERALĂ: FREDERIC SPODHEIM & Cº S·A· BUCUREŞTI·I·STR·SFT·CONSTANTIN·4

Pe marginea congresului Asociaţiei surorilor de ocrotire.*)

Doamnă Presidentă,
Doamnelor şi Domnilor,

Aduc în faţa Congresului salutul şi adeziunea surorilor de ocrotire din cuprinsul Inspectoratului Sanitar Sibiu, deodată cu dorinţa noastră ca Asociaţia Surorilor de Ocrotire să devină un instrument activ de luptă pentru revendicările noastre profesionale şi pentru promovarea sănătăţii publice din ţară.

Instituţia Surorilor de Ocrotire, creată cu un gând atât de măreţ de părintele nostru Domnul Profesor Moldovan, după o viaţă împlinită de 16 ani se găseşte încă în fazele ei de organizare şi abia izbuteşte să se afirme ca o necesitate pentru sănătatea publică. Climatul neprielnic în care a luat fiinţă instituţia noastră şi adversitatea de neînţeles cu care a fost întâmpinată dela început această *creaţie original românească*, — au contribuit de bună seama la întârzierea unei consolidări şi a unei desvoltări rapide aşa cum s'ar fi aşteptat. Tocmai pentru aceea, noi cari compunem aceasta instituţie şi Asociaţia noastră care ne reprezintă, suntem datoare, ca astăzi mai mult ca oricând, printr'o muncă fără preget, — prin destoinicie şi pricepere, — dar mai ales printr'un devotament neîntrecut să justificăm existenţa noastră ca instituţie şi să facem dovada că suntem nu numai o *necesitate* pentru serviciul sanitar şi de ocrotire al ţării, dar că suntem în cel mai înalt grad *indispensabile progresului pe care trebue să-l marcheze acest serviciu.*

Trăim într'o epocă de radicale transformări a concepţiunilor de organizare sanitară şi de ocrotire! Dela predominenţa atât de apăsătoare a oraşelor, — tindem spre o deplasare o organizării noastre sanitare către mediul rural, unde se găseşte rezervorul nesecat de energii care ne garantează viitorul, iar dela stăpânirea

*) Discursul Dşoarei M. Manta, revizoare de ocrotire, rostit la şedinţa de deschidere a congresului ţinut la 20 Sept. în Cluj.

aproape exclusivă a medicinei curative, — ne găsim într'un curs rapid de transformare într'un sistem tot mai accentuat de medicină preventivă. In mijlocul acestor transformări de concepţii şi metode, instituţiei noastre îi revine un rol covârşitor, fiindcă ea este *creată în primul rând pentru mediul rural şi pentrucă este o instituţie aproape exclusiv cu caracter preventiv.* Ne găsim deci la un punct favorabil pentru a ne putea justifica în mod hotărîtor existenţa şi pentru a ne impune ca un factor important de sănătate publică. Conducătorii sănătăţii publice din ţară şi întreaga lume medicală priveşte azi spre noi cu o legitimă speranţă şi se aşteaptă din partea noastră o importantă contribuţiune în deosebi în domeniul cel mai favorabil, în problema combaterii *mortalităţii infantile.* Va trebui deci să ne organizăm, să ne strângem rândurile şi cu inima curată să pornim cu tot elanul la o muncă constructivă de fiecare zi pentru promovarea sănătăţii publice din scumpa noastră ţară. Nu mă îndoesc nici o clipă că toate colegele noastre cari s'au dedicat acestei misiuni grele dar atât de frumoase, vor înţelege imperativul momentului şi vor căuta ca prin devotament şi printr'un înalt spirit de sacrificiu vor contribui la ridicarea prestigiului instituţiei noastre, care să fie vrednic de înalta concepţie a creatorilor ei.

Pe lângă elanul, munca şi devotamentul nostru, se impune ca o necesitate o mai bună organizare a instituţiei noastre şi satisfacerea fără întârziere a minimalelor noastre revendicări de ordin profesional. Pentru ca instituţia noastră să-şi poată îndeplini cu deplină vigoare înalta misiune pentru care a fost creată şi pentru ca rezultatele muncii noastre să poată fi resimţite pe întreg cuprinsul ţării, *se cere mai înainte de toate ca prin înfiinţare de noui institute de surori de ocrotire* să se sporească în mod simţitor numărul nostru, ca astfel toate regiunile ţării să poată beneficia deopotrivă de serviciile noastre. O a doua cerinţă ar fi o *reglementare detaliată şi precisă a cercului nostru de activitate;* a ierarhiei care trebue respectată şi a colaborării care va trebui să existe în mod intim şi armonios între noi şi medicii sanitari de toate categoriile. Socotim că în locul actualelor revizorate să se ataşeze pe lângă fiecare Inspectorat General Sanitar câte o *inspectoare de surori de ocrotire* având rolul de îndrumătoare în toate domeniile cari privesc ocrotirea din cuprinsul unui Inspectorat. Mai socotim de necesar a se numi pe lângă fiecare serviciu sanitar judeţean sau municipal câte o *soră şefă de judeţ sau municipiu* care să controleze şi să îndrumeze activitatea surorilor de ocrotire din judeţ ocupându-se în acelaşi timp, în calitate de referentă, cu toate problemele de ocrotire

din cuprinsul județului sau municipiului. Pe lângă principalele centre de sănătate sau case de ocrotire din județ va trebui să funcționeze *sore-monitoare* pentru îndrumarea activității de ocrotire la aceste importante instituții de medicină preventivă.

Iată numai câteva sugestii privitoare la organizarea și ierarhizarea instituției surorilor de ocrotire, sugestii pe care le supun discuției Onoratului Congres în scop de a și-le însuși și a lupta cu hotărâre pentru realizarea lor.

In domeniul revendicărilor noastre profesionale va trebui să luptăm pentru *o mai bună și mai justă salarizare* conformă cu pregătirea care ni se cere; cu riscurile profesionale și cu eforturile și munca de fiecare zi pe care trebue să o depunem. In acest domeniu de revendicări intră și *reglementarea dreptului la rambursarea cheltuelilor de transport; a dreptului legal la chirie, luminat și încălzit,* — drepturi care astăzi, durere, nu sunt de loc satisfăcute.

Suntem o instituție încă relativ tânără; asociația noastră se găsește abia în fașă; terenul de activitate este nemăsurat de vast și cât se poate de spinos, — se va cere deci multă destoinicie, și mai multă perseverență și un devotament deosebit pentru a putea izbuti în toate revendicările noastre. Nu mă îndoiesc însă că prin destoinicia celor ce stau în fruntea asociației noastre, prin larga înțălegere care se manifestă din partea factorilor de conducere ai Ministerului Sănătății și prin o disciplină și solidaritate neînfrântă vom reuși să ducem la bun sfârșit lupta pe care o începem. Cu aceste sentimente și cu aceste dorințe, în numele surorilor de ocrotire pe care le conduc, urez Asociației și Congresului ei, deplină prosperitate și spor la muncă.

M. Manta.

Cardiazol-Efedrină «Knoll»

cupează astmul,

indicat în deosebi la astm cronic cu alterațiuni ale inimii drepte, astm bronchial cu stări de bradicardie sau hipotonie, bronchită astmatică, emfizem,

combate insuficienţa circulaţiei,

dă rezultate foarte bune la colaps al vaselor, insuficiență cardiovasculară, bradicardie, bloc al inimii, scăderea tensiunii sanguine, minus-decompensație, intoxicații, ca profilactic înaintea narcozei.

Picături Cardiazol-Efedrină «Knoll», ambalaj original cu 10 gr.
10% 1,5%

Tablete Cardiazol-Efedrină «Knoll», ambalaj original cu 10 bucăți.
0,1 gr. 0,015 gr.

Fiole Cardiazol-Efedrină «Knoll» à 1,1 cm³, ambalaj original cu 6 bucăți.
0,1 gr. 0,015 gr.

Ca doză medie se dă de 2–3 ori pe zi câte 10–20 picături, sau câte ½–1 tabletă. Subcutanat sau intramuscular se dau 1–2–3 fiole pro die. Administrarea intravenoasă la cardiopatii organice decompensate este absolut contraindicată.

KNOLL A.-G., Fabrici de produse chimico-farmaceutice, LUDWIGSHAFEN/RIN

Eşantioane şi literatură prin:

KNOLL S. A. R., Produse chimico-farmaceutice, Str. Atena 29, BUCUREŞTI III

Rachitism Scrofuloză Osteomalacie
Debilitate infantilă

VIOSTERIN

Vitamina Destandardizată în unităţi internaţionale în drageuri à 3000 U. I. şi drageuri à 5000 U. I. şi soluţie uleioasă 15.000 U. I. pe cem.

Preventiv
Sugari: 2 picături pe zi
Copii: 3—6 picături, sau 1—2 drageuri zilnic.

Curativ
Sugari: 2—6 picături pe zi
Copii: 4—10 picături sau 2—3 drageuri zilnic.
Adulţi: 10—15 picături sau 2—4 drageuri zilnic.

Mostre şi literatură serveşte la cerere

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice
BUCUREŞTI VI, Strada Cazărmii 89.

Laboratoires **MARONNEAU-MOREL**
156, rue des Fauvelles **Courbevoie** — **France**

ATOLYSAN

(granulat efervescent)

Diuretic—Antiseptic urinar—Urocolitic

COMPOZIŢIE:

Acest complex cuprinde **diferiţi urocolitici** asociaţi în mod raţional. Acţiunea lor este favorizată prin adăogirea de **theobromina** ceeace măreşte cuantumul diurezei şi în mod indirect puterea de eliminare a urinei. Prezenţa **Hexametilentetraminei** asigură dealtfel antisepsia căilor urinare.

Constitue un medicament foarte activ al manifestărilor urinare.

INDICAŢIUNI: **Gută—Reumatism—Artritism.**

DOZE: Preventiv: 3 linguriţe pe zi într'un pahar cu apă.
Curativ: 3 linguri pe zi într'un pahar cu apă.

Eşantioane şi literatură

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.
Str. Zorilor 2 — BUCUREŞTI.

Zilele Medicale din Sibiu.

Ciclul al III-lea, Octomvrie 1936.

După succesul desăvârşit al Zilelor medicale organizate în Sibiu de către Colegiul şi Asociaţia Generală a Medicilor din aceasta localitate în toamna anilor 1933 şi 1934, s'a hotărât reluarea ciclului întrerupt şi în zilele de 15, 16, 17 şi 18 Octomvrie 1936 se va inaugura ciclul al 3-lea a acestor frumoase reuniuni medicale.

După participarea Profesorilor dela Facultatea de Medicină din Bucureşti (1933) şi a Profesorilor dela Facultatea de Medicină din Cluj (1934), în Octomvrie 1936, Sibiul va avea cinstea să participe la „Zilele Medicale" organizate cu concursul distinşlor reprezentanţi ai Facultăţii de Medicină din capitala Moldovei. Pentru medicii din Sibiu şi din regiunea aparţinătoare va fi un fericit prilej de înălţare sufletească şi desfătare intelectuală ascultând conferinţele unor oameni de ştiinţă dintre cei mai de seamă şi îmbogăţindu-şi cunoştinţele cu cele mai noui achiziţii ale ştiinţei medicale. Zilele medicale vor fi însă în acelaş timp şi un nimerit prilej de manifestare a prieteniei şi colegialităţii şi a închegării sufleteşti între medicii din toate regiunile ţării. Excursiunile şi diferitele reuniuni cari se vor organiza vor oferi prilej medicilor străini de a cunoaşte frumuseţile Sibiului şi a regiunei încunjurătoare, precum şi comorile de artă cari se găsesc în aceasta veche cetate de cultură.

Suntem convinşi că medicii din Sibiu şi din regiunea sanitară aparţinătoare vor participa ca şi altă dată în număr cât mai mare la aceasta nouă afirmare a ştiinţei medicale româneşti, iar distinşii noştri oaspeţi, domnii profesori ai Facultăţii de Medicină din Iaşi vor fi pe deplin mulţumiţi de primirea frumoasă care li se pregăteşte. Dăm mai jos programul provizor al celui de al 3-lea ciclu al Zilelor medicale din Sibiu, urmând ca la începutul lunei Octomvrie să se tipărească programul definitiv.

Ziua I-a 15 Octomvrie 1936.

Ora $9^1/_2$—$10^1/_2$ Prof. Dr. S. Gracosky, decanul facultăţii de medicină din Iaşi: Piuriile la sugari.

„ $10^1/_2$—$11^1/_2$ Prof. Dr. Petre Nicolescu: Mecanismul intim al acţiunei nămolurilor în general şi al nămolurilor româneşti în special.

Vizitarea instituţiilor sanitare din Sibiu.

Masă comună.

Ora 17—18 Prof. Dr. V. Raşcanu: Subiect rezervat.

„ 18—19 Prof. Dr. G. Tudoranu: Colitele şi tratamentul lor în lumina noilor cercetări.

Masă comună.

Ziua II-a 16 Octomvrie 1936.

Ora $9^1/_2$—$10^1/_2$ Prof. Dr. Ştefănescu-Galaţi: Radiologia în ajutorul urologiei.

„ $10^1/_2$—$11^1/_2$ Prof. Dr. I. Enescu: Disociaţiunea atrio-ventriculară.

Excursie şi masă în Sălişte.

Ora 17—18 Prof. Dr. E. Mironescu: Profilaxia individuală şi socială împotriva venerismului.

„ 18—19 Prof. Dr. L. Ballif: Interpretarea probelor biologice în fizio-patologia glandelor endocrine.

Masă comună.

Ziua a III-a 17 Octomvrie 1936.

Ora $9^1/_2$—$10^1/_2$ Conferenţiar Dr. I. Alexa: Câteva consideraţiuni asupra epidemiologiei şi profilaxiei scarlatinei.

„ $10^1/_2$—$11^1/_2$ Prof. Dr. I. Balteanu: Turburări umorale în scarlatină; rolul clorurului de sodiu; aplicaţii terapeutice.

Excursie la Tălmaciu şi Boiţa.

Ora 17—18 Prof. Dr. Glig. T. Popa: Subiect rezervat.

„ 18—19 Prof. Dr. P. Niculescu: Achiziţiuni recente în patogenia hipertensiunilor. Aplicaţiuni terapeutice.

Masă comună.

Ziua a IV-a 18 Octomvrie 1936.

Ora $9^1/_2$—$10^1/_2$ Dr. S. Gracosky: Meningitele limfocitare benigne.

„ $10^1/_2$—$11^1/_2$ Prof. Dr. E. Mironescu: Sexualismul şi criza sexuală actuală (Conferinţă publică).

Excursie şi masă la Păltiniş.

Ora 18—19 Prof. Dr. Ştefănescu-Galaţi: Conferinţă publică (subiect rezervat).

Conferinţele pentru medici se vor ţinea în sala de cursuri a Institutului Obstetric şi Ginecologic, iar conferinţele publice în Sala festivă a Prefecturii de judeţ şi în sala Cercului Militar civil din Sibiu.

Medicii cari doresc să participe la aceste cursuri sunt rugaţi a se anunţa în scris la Inspectoratul General Sanitar Sibiu, str. Cetăţii Nr. 4.

Revista cărţilor.

Prof. Dr. Gh. Popoviciu: **Elemente de pediatrie şi puericultură.** Vol. II. Tipografia „Lumina", Cluj 1936.

Abia am reuşit să răsfoim primul volum al excelentei opere a dlui Prof. Popoviciu şi ne-a ajuns în mână deja volumul al II-lea. Când ne-am ocupat în paginile acestei reviste de tratatul de Fiziologie tot al dlui Prof. Popoviciu, ne-am exprimat convingerea fermă, că dl Prof. Popoviciu nu se va opri aici şi cine cunoaşte extraordinara lui putere de muncă, ştie că în aceasta convingere nu ne putem înşela. Dar ceiace e mai surprinzător, e că după ce d-sa a pus la îndemână corpului medical român un tratat din domeniul teoretic al medicinei, scrisă cu multă competinţă azi tot cu aceiaş competinţă scoate de sub tipar un Tratat de medicină practică. In actuala lipsă de tratate româneşti, atât de necesare studenţimei noastre, opera dlui Prof. Popoviciu este de o extremă importanţă şi utilitate.

Volumul al II-lea se ocupă de semiologia copilului, tratând rând pe rând elementele de examinare a copilului, cu consideraţiuni asupra anamnezei, pregătirea copilului pentru explorarea clinică, simptomele, examenul organelor, examenul radiologic şi de laborator.

In partea a II-a a volumului se descrie în amănunte terapia copilului, insistând capitol de capitol, asupra agenţilor fizici, agenţilor chimici şi asupra tehniciei terapeutice.

Dl Prof. Popoviciu complectează literatura medicală română cu o operă pentru care întregul corp medical îl admiră şi îi rămâne recunoscător.

Şi fiindcă dl Prof. Popoviciu ne-a obişnuit să aşteptăm dela d-sa realizări excepţionale, ne exprimăm şi aici, cum am făcut cu ocazia apariţiei Tratatului de Fiziologie, ferma convingere că d-sa va continua să îmbogăţească literatura noastră română cu opere excepţionale.

Dr. Ioan Cosma.

Dr. Ştefan Anastasiu: **8 Iunie Ziua Tineretului.** Bucureşti 1936.

Dl Inspector General Sanitar Dr. Ştefan Anastasiu a fost însărcinat cu delicata misiune de a organiza serviciul sanitar în vederea marilor Serbări Naţionale, care a avut loc în ziua de 8 Iunie. D-sa s'a achitat în mod admirabil de aceasta grea însărcinare, organizând în mod meticulos şi cu multă prevedere un serviciu sanitar în stare să facă faţă oricărei situaţiuni dificile. Nenorocirea întâmplată la 8 Iunie pe terenul dela Cotroceni a făcut ca măsurile sanitare luate de dl Dr. Anastasiu să devină în cel mai înalt grad necesare şi chiar salvatoare pentru sute de accidentaţi. Spiritul d-sale de prevedere şi munca de organizare depusă i-au asigurat recunoştinţa tuturor şi înalta distincţiune care i s'a acordat de către Majestatea Sa Regele este cea mai mare răsplată pentru munca depusă.

In broşura „8 Iunie Ziua Tineretului" dl Dr. Ştefan Anastasiu descrie în mod amănunţit organizarea serviciului sanitar pe care a creat-o, precum şi munca depusă de întregul serviciu sanitar de sub conducerea d-sale atât în ziua de 8 Iunie, cât şi în zilele premergătoare, în taberele de străjeri şi cercetaşi. Este un model pentru felul cum trebue organizat un asemenea serviciu şi lucrarea va fi citită cu folos de toţi cari pot avea asemenea însărcinări.

W. König. *Tratamentul fracturilor cu vindecare tardivă.* (Münch. med. Wschr. 1935 Nr. 22).

Cercetarea metabolismului la acești bolnavi a arătat o diminuare gravă a acestuia. Mărirea lui se poate obține cu administrări zilnice de Elithyran. Experiența a arătat că obținerea unui metabolism bazal normal sau crescut, a adus rapid la vindecarea acestor fracturi.

Bazy. *Cazuri de scarlatină chirurgicală.* (Soc. de chirurgie, Seance du 5 Nov. 1935).

Comunică trei cazuri de scarlatină cari au apărut după intervenții chirurgicale.

Demonstrează acțiunea specifică a varietăților de streptococi și diminuarea pericolului de contaminare prin stăvilirea streptococilor în terenul supurat.

E. Freund. (Venice). *Tratamentul fistulelor cronice, tuberculoase și osteomielitice cu nitrat de argint* (I. Amer, med. Assoc. 106 Nr. 15 1936).

Autorul preconizează următorul procedeu de tratament al fistulelor tuberculoase și osteomielitice verificat și de Waldenström; Mai întâiu stabilește lungimea, lățimea și traectul fistulei. In cazul unui lumen foarte îngust îl dilată cu precauțiune prin instrumente. Introduce apoi în traectul fistulei un stilet de nitrat de argint până în profunzime. La nevoe se mai introduce încă unul. Orificiul extern îl acopere cu un pansament de alifie zincată. După 2—3 zile se extrage cu precauție peretele încrustat al fistulei, în întregime. Traectul acum proaspăt granulat îl spală cu soluție de apă oxigenată și obține vindecare în majoritatea cazurilor.

Lurz și Klingen. *Asupra efectului Cardiasol-Chininei la trombose și embolii.* Dtsch. med. Wschr, 1935, Nr. 37. Cardiasolul împiedecă încetinirea circulației, chinina previne infecțiunea care are rol esențial în formarea trombilor. Pe lângă aceasta chinina are un efect trombolitic, — astfel încât combinația aceasta prezintă încă perspective de succes, chiar dacă trombul s'a format deja.

S. S. Judin. (Moscva). *Transfuzia de sânge cadaveric.* — (I. Amer, Med. Assoc. 106 Nr. 12 1936).

După experimentări prealabile la animale, s'au executat transfuzii de sânge cadaveric și la om cu succes. După moarte sângele rămâne 6—8 ore steril și în compoziția lui nealterat. Se poate menține în stare lichidă mai mult de trei săptămâni. Se utilizează numai sânge dela cadavre cari au fost cu precauție disecate și cari au fost în prealabil examinate din punct de vedere bacteriologic. Sângele cadaveric a avut același efect, ca și cel luat dela om viu. In toate serviciile spitalicești, ar trebui făcute instalațiuni pentru recoltarea și păstrarea sângelui cadaveric.

A apărut: **„Bulletin de L'acadèmie de Mèdecine de Roumaine. Publiè par M. M. Les Professeurs D. Danielopolu,** Secrètaire gèneral **M. Ciucă, I. Iacobovici et D. Manolesco,** Secretaires annuels I-ère Annèe. Tome II. Nr. 4. Conține comunicările făcute în ședințele din 2—16—24 Iunie și 1—8 Iulie 1936.

Dr. I. Matinca

Note de terapeutică.

Purge şi Coja: „Durerea spastică în ginecologie şi combaterea ei", Endocrinologie, Gynecologie, Obstetrică, 1936, Nr. 3.

Autorii se ocupă în special cu noul spasmolitic sintetic Octinum „Knoll" pe care l-au încercat cu succes foarte bun în dismenoree resp. dureri premenstruale. Mai departe medicamentul li s'a dovedit a fi util în cazuri de introducere nedureroase de laminarie, avort iminent (2 cm^3, asociat la clisma cu antipirină, după Prof. Grigoriu), în scop de suprimarea durerilor şi menţinerea sarcinei, dureri insuportabile de facere în perioada de dilatare, spre a evita retenţiile de lochii (asociat cu pituitrină) precum şi în retenţiunile, de urină post partum.

Octinum este deci nu numai un medicament analgesic specific al durerilor de natură spastică (spasm al musculaturii netede), ci prin efectul său spasmolitic găseşte indicaţiuni cum e de pildă lochiometria, retenţiunea de urină, unde prin suprimarea spasmului musculaturii colului uterin sau vesical aduce un efect terapeutic cauzal.

Gavrilă: **„Contribuţiuni la tratamentul cu chinină în bolile infecţioase acute"**, România Medicală, 1936, Nr. 10.

Autorul a administrat de aproximativ 2 ani cu succes foarte bun preparatul Cardiazol-Chinină în diferitele boli infecţioase (scarlatină, tuse convulsivă, varicelă, febră tifoidă, gripă, amigdalită, difterie). In cazuri mai grave Cardiazol-Chinina s'a injectat intramuscular (eventual în combinaţie cu seroterapie); în cazuri mai uşoare drageele s'au dovedit a fi suficiente.

In rezumat, autorul atribue Cardiazol-Chininei un rol însemnat în evitarea şi tratamentul complicaţiunilor datorite germenilor secundari, în special pe organele respiratorii. Prin menţinerea în stare bună a funcţiunii cardio-vasculare, prin efectul lui anti-infecţios şi antitermic, Cardiazol-Chinină contribue ca starea generală a bolnavilor să fie satisfăcătoare.

Tipografia — Librăria — Compactoria

„Dacia Traiană", Sibiu

Piaţa Unirii Nr. 7. (Inapoi în curte)

Furnizăm:

Orice lucrări de TIPOGRAFIE cu preţuri foarte convenabile.

ARTICOLE DE BIROU: Hârtie, imprimate, caiete, cerneluri, etc., cu preţuri reduse.

CĂRŢI LITERARE, ŞTIINŢIFICE PENTRU COPII, etc. etc., cu preţuri originale.

COMPACTĂM cu preţuri convenabile: Cărţi, Registre, Reviste, Albumuri, etc. etc.

Calcilactin Sapic

TABLETE

Calcilactin I.

Compoziţia chimică:

Calcium lacticum
Amylun orizae

Indicaţiuni: Alimentaţie suplimentară şi Alimentaţie medicală la copii dispeptici şi diareici

Calcilactin II.

Compoziţia chimică:

Calcium lacticum
Amylum maidis
Zahăr

Indicaţiuni: Alimentaţia suplimentară pentru sugari suferind de constipaţie

Preţ pentru public:

Calcilactin I., cutie cu 60 tablete Lei 58·—
Calcilactin II., „ „ 60 „ „ 89·—

Cu mostre medicale şi literatură stă la dispoziţie

SAPIC, S. A.

pentru Industria Chimică

Bucureşti VI., Str. Cazărmii 89.

DROGUERIA

Ce spune legea despre actualii droguişti?

„Actualii droguişti autorizaţi vor putea cumpăra, importa şi vinde publicului toate medicamentele brute şi specializate prevăzute în indexul drogueriei.

Se respectă drepturile câştigate pe temeiul legilor anterioare de actualii droguişti autorizaţi".

DROGUERIA IONEL BACIU

SIBIU, STRADA REGINA MARIA 10

Schimbare în conducerea Ministerului Sănătăţii.

Prin formarea noului Guvern a revenit în fruntea Ministerului Sănătăţii vechiul titular Domnul Dr. I. Costinescu, fostul ministru al Industriei şi Comerţului. Domnul Ministru Dr. Costinescu a preluat la 2 August 1936 conducerea Departamentului preluând firul activităţii sale întrerupt înainte cu un an. Noul Ministru al Sănătăţii care este medic, cunoaşte în mod amănunţit toate problemele sanitare şi prin activitatea D-Sale din trecut a dat dovadă pe lângă pricepere, de un deosebit simţ practic şi de un dar neîntrecut de bun gospodar. Suntem siguri că autoritatea D-sale, priceperea şi talentul de admirabil organizator, care îl caracterizează vor contribui într'o largă măsură la ameliorarea şi perfecţionarea organizaţiei noastre sanitare şi prin aceasta la promovarea sănătăţii publice.

Corpul medical din întreaga ţară dimpreună cu întreg personalul sanitar auxiliar şi administrativ salută cu o deosebită bucurie revenirea D-lui Ministru Dr. Costinescu în fruntea Departamentului Sănătăţii.

Al III-lea curs de perfecţionare organizat de către „Asociaţia Docenţilor Universitari" dela Facultatea de Medicină din Cluj. *Asociaţia Docenţilor Universitari dela Facultatea de Medicină din Cluj, va organiza anul acesta al 3-lea curs de perfecţionare cu un caracter eminamente practic în cadrele Facultăţii de Medicină despre „Actualităţi în*

diagnosticul şi terapeutica clinică" dela 5 până la 17 Octomvrie 1936 pentru medicii oficiali şi particulari din ţară. Programul cursului este următorul:

5 Octomvrie:

10—11 Prof. Dr. Iuliu Haţieganu: *Diagnosticul şi tratamentul diareilor.*

11—12 Prof. Dr. C. Grigoriu: *Perforaţiile şi rupturile uterine (etiologie, diagnostic şi tratament).*

12—1 Prof. Dr. I. Goia: *Tratamentul ulcerului gastric şi duodenal.*

5—6 Docent Dr. I. Gavrilă: *Evoluţia scarlatinei la Cluj în raport cu vaccinările anti-scarlatinoase şi tratamentul ei.*

6—7 Prof. Dr. A. Pop: *Vitaminele în tratamentul plăgilor.*

6 Octomvrie:

8—10 Demonstraţiuni practice de laborator (tehnica metabolismului bazal, interpretarea rezultatelor, examenul ureei sanghine, etc.) de: Docent Dr. I. Gavrilă.

10—11 Prof. Dr. D. Michail: *Probleme de actualitate în patologia oculară.*

11—12 Docent Dr. A. Iancu: *Pseudo-debilitatea congenitală ca factor de mortalitate infantilă (Clinica Ginecologică).*

5—6 Docent Dr. I. Voicu: *Graba şi expectaţiunea în obstetrică.*

6—7 Prof. Dr. E. Ţeposu: *Diureza ca mijloc de explorare şi terapie în urologie.*

7 Octomvrie:

8—10 Demonstraţiuni practice din domeniul oftalmologiei de Prof. Dr. D. Michail, Docent Dr. P. Vancea *şi* Dr. L. Rusu.

10—11 Prof. Dr. C. Tătaru: *Probleme noui în tratamentul sifilisului.*

11—12 Docent Dr. P. Vancea: *Starea actuală în tratamentul glaucomului.*

5—6 Prof. Dr. G. Buzoianu: *Inciziunile timpanului (timpanotomiile, indicaţii, tehnică, rezultate imediate şi tardive).*

6—7 Docent Dr. Tr. Popoviciu: *Când şi cum să recomandăm intervenţiunea chirurgicală în afecţiunile ginecologice.*

8 Octomvrie:

8—10 Demonstraţiuni practice din domeniul chirurgiei: de Prof. Dr. A. Popp *şi* Dr. Z. Borza.

10—11 Prof. Dr. C. Tătaru: *Probleme noui în tratamentul sifilisului (continuare).*

11—12 Docent Dr. M. Nichita: *Consideraţiuni asupra patologiei discurilor vertebrale.*

5—6 Prof. Dr. C. Urechia: *Traumatisme craniene.*

6—7 Prof. Dr. P. Popoviciu: *Diagnosticul şi tratamentul tulburărilor digestive ale copiilor.*

7 Demonstraţiuni practice de bolnavi şi de laborator la Clinica Infantilă: de Dr. V. Munteanu.

9 Octomvrie.

8—10 Demonstraţiuni practice din domeniul dermatologiei şi sifilografiei: de Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. L. Pop *şi* Dr. Cirlea.

10—11 Docent Dr. L. Daniello: *Problema granuliei cronice.*

11—12 Prof. Dr. I. Aleman: *Complicaţiunile locale şi generale ale cariei dentare.*

5—6 Prof. Dr. D. Negru: *Demonstrări de filme despre cazuri mai dificile de Röntgen-diagnostic.*

6—7½ Docent Dr. C. Veluda: *Consideraţiuni anatomo-fiziologice asupra sistemului vegetativ în raport cu o terapeutică raţională a lui.*

10 Octomvrie:

8—10 Demonstraţiuni practice asupra lichidului cefalo-rachidian şi alte probleme din Clinica Psihiatrică de Dna Dr. A. Retezeanu.

10—11 Prof. Dr. I. Minea: *Patogenia şi tratamentul sifilisului nervos.*

11—12 Dr. L. Dragomir: *Pireto-terapia în bolile mintale.*

5—6 Docent Dr. A. Iancu: *Encefalitele post-infecţioase la copii.*

6—7 Docent Dr. L. Pop *(Galaţi): Tratamentul tumorilor mediastinale. (Institutul de radiologie).*

12 Octomvrie:

8—10 Demonstraţiuni practice din domeniul neurologiei de Dr. Teofil Dragomir, Dr. Keusch, Dr. Duma, Dr. Lăcătuş.

10—11 Prof. Dr. C. Urechia: *Funcţiunile glandei suprarenale.*

11—12 Dr. Teofil Dragomir: *Tratamente mai noui în afecţiunile sistemului nervos.*

5—6 Docent Dr. V. Cimoca: *Micozele cutanate şi mijloacele noastre de luptă pentru suprimarea lor.*

6—7½ Dr. M. Hăngănuţ: *Diagnosticul radiologic al afecţiunilor gastro-duodenale cu demonstraţiuni de filme.*

13 Octomvrie:

8—10 Demonstraţii de bolnavi cu afecţiuni medicale: de Prof. Dr. I. Haţieganu.

10—11 Prof. Dr. E. Ţeposu: *Ipertrofia de prostată şi tratamentul ei.*

11—12 Docent Dr. P. Vancea: *Importanţa terapeuticei generale în tratamentul boalelor de ochi.*

12—1 Prof. Dr. M. Sturza: *Tratamentul hidromineral al afecţiunilor hepato-biliare (Clinica Medicală).*

5—6 Dr. C. Retezeanu: *Cum s'a născut şi evoluat psihanaliza.*

6—7 Prof. Dr. G. Popoviciu: *Afecţiunile respiratorii ale copiilor.*

7 Demonstraţii practice de bolnavi şi de laborator la Clinica Infantilă: de Dr. Avrămoiu *şi* Dna Dr. Cirlea.

14 Octomvrie:

8—10 Demonstraţii practice din domeniul otorino-laringologiei: de Prof. Dr. C. Buzoianu.

10—11 Prof. Dr. I. Aleman: *Radiografia în stomatologie.*

11—12 Prof. Dr. V. Bologa: *Dela medicina veche la cea a viitorului. (Clinica Dermatologică).*

12—1 Dr. A. Moga: *Tulburările circulaţiei coronariene şi tratamentul lor.*

5—6 Prof. Dr. M. Kernbach: *Certificatul medical şi sancţiunile după noul Cod Penal.*

6—7 Docent Dr. V. Cimoca: *Piodermiile şi combaterea lor.*

15 Octomvrie:

8 9 Instrumentar şi măsuri terapeutice în urologie de: Dr. I. Danicico.

9—10 Demonstraţiuni de bolnavi cu afecţiuni medicale de: Prof. Dr. I. Goia.

10—11 Prof. Dr. C. Grigoriu: *Demonstraţiuni practice din domeniul ginecologiei.*

11—12 Docent Dr. Konradi: *Valoarea reacţiilor serologice în diagnosticul şi tratamentul blenoragiei.*

5—6 Docent Dr. L. Daniello: *Frenicectomia şi rezultatele ei tardive.*

6—7 Doc. Dr. M. Nichita: *Artritele şi osteoartritele cronice, netuberculoase ale şoldului.*

16 Octomvrie:

8—9 Demonstraţiuni practice din domeniul obstetricei de: Dr. Căprioară.

9—10 Docent Dr. I. Voicu: *Intervenţiuni obstetricale la fantom.*

10—11 Dr. G. Purge: *Diagnosticul şi tratamentul tulburărilor funcţionale ale ovarului.*

11—12 Prof. Dr. M. Kernbach: *Perforaţiile uterine şi responsabilitatea medicilor în noul Cod Penal.*

5—6 Doc. Dr. C. Stanca: *Afecţiunile colului şi tratamentul lor (Institutul de Cancer).*

6—7 Doc. Dr. C. Stanca: *Intoxicaţiuni fiziologice cu privire specială la iperemeza gravidică.*

7 Demonstraţiuni practice de radium-terapie şi Röntgen-terapie la Institutul de Cancer de: Doc. Dr. C. Stanca *şi* Dr. L. Pop.

17 Octomvrie:

8—9 Prof. Dr. G. Popoviciu: *Cauzele şi combaterea mortalităţii precoce.*

9—10 Dr. Z. Borza: *Tratamentul carbunculului.*

10—11 Prof. Dr. G. Buzoianu: *Sindromul adenoidian în practica medicală.*

11—12 Doc. Dr. I. Gavrilă: *Noui probleme în tratamentul diabetului.*

In 17 Octomvrie după masă, începând cu ora 4 se va face vizitarea instituţiilor sanitare şi de ocrotire din Cluj.

In afară de demonstraţiile practice înscrise în program la dorinţa participanţilor, pe care îi interesează anumite specialităţi, se vor face mai multe demonstraţiuni practice de bolnavi şi de laborator din specialitatea respectivă între orele 8—10 dim. S'au făcut demersuri pe lângă Minist. Sănătăţii şi pe lângă Direcţiunea C. F. R. pentru acordarea concediilor şi reducerii de călătorie de 50% Pentru acoperirea cheltuelilor de organizare se va percepe o taxă de 300 Lei de persoană. Participanţii vor putea beneficia de avantaje la încartiruire şi masă anunţându-şi participarea din timp. Inscrierile se pot face de pe acum la Dl Doc. Dr. I. Gavrilă, *secretarul general al asociaţiei, la Clinica Medicală sau la Dl* Doc. Dr. A. Iancu, *preşedinte, str. Gen. Grigorescu Nr. 33.*

Dela Asociaţia generală a medicilor. Convocarea unei adunări generale în Octomvrie 1936. *Comitetul Central al Asociaţiei generale a medicilor s'a întrunit în seara zilei de 12 August a. c., sub prezidenţia d-lui Profesor* Dr. P. Tomescu, *luând în discuţie convocarea marelui consiliu medical al Asociaţiei în sesiunea de Octomvrie 1936, potrivit prevederilor statutului.*

Dl Preşedinţe Prof. Tomescu, arată importanţa convocării acestui mare consiliu. D-sa propune a se pune în discuţia acestui parlament medical, la care vor lua parte prin reprezentanţii lor, medicii din toată ţara, următoarele probleme:

1. Casa de asigurare a corpului medical;

2. Organizarea corpului tehnic medical;

3. Chestiunea încadrării medicilor în formaţiunile militare în caz de mobilizare;

4. Propuneri de modificare a legii sanitare.

La discuţiuni au luat parte d-nii vicepreşedinţi Dr. Botez, Mircea-Ploeşti, Dr. Marius Georgescu şi Dr. Topa, precum şi Dr. Şt. Anastasiu, Dr. Anton Ionescu, Dr. Trifu, Dr. Eugen Andronescu, Dr. Jovin, Dr. Ţovaru, etc.

S'a insistat în deosebi asupra modificărilor ce trebuesc aduse legii sanitare actuale precum şi asupra măsurilor premergătoare ce trebuesc din timp luate pentru organizarea şedinţei marelui consiliu.

In această reprezentanţă profesională a Asociaţiei generale, organizată pe ţară, medicii din fiecare judeţ, vor trimite câte doi delegaţi.

Pentru ca reprezentanţii Asociaţiei din fiecare judeţ să ia o parte cât mai însemnată la activitatea generală a profesiunei noastre, s'a hotărît reorganizarea tuturor filialelor.

In continuare, comitetul a luat act cu multă satisfacţie de sărbătărirea fostului său preşedinte G.-ral Vicol şi a hotărît ca la desvelirea bustului său la Băile Herculane, Asociaţia medicilor să fie reprezentată printr'o delegaţie.

La cererea Ministerului Sănătăţii comitetul numeşte ca delegat al corpului medical în comisiunea centrală de disciplină pe dl Dr. Gh. Marinescu, membru titular şi dl Dr. Trifu, membru supleant.

Cursuri de perfecţionare pentru medici în limba germană.

Din 4—11 Octomvrie 1936 se va ţinea în Sibiu al X-lea ciclu de cursuri de perfecţionare pentru medici, organizat de către Societatea medicilor germani în frunte cu dl Dr. V. Weindel.

In cadrele acestui ciclu vor ţinea conferinţe următorii Profesori dela Facultatea de Medicină din Berlin:

Profesor Bessau, 5 conferinţe din domeniul pediatriei;
„ Gocht, 3 conferinţe din domeniul ortopediei;
„ Löhlein, 3 conferinţe din domeniul oftalmologiei;
„ Rössle, 6 conferinţe din domeniul patologiei generale;
„ Siebeck, 4 conferinţe din domeniul medicinei interne;
„ Von Verschuer, 3 conferinţe din domeniul eugeniei;
„ Wagner, 4 conferinţe din domeniul ginecologiei şi
„ Sauerbruch 5 conferinţe din domeniul chirurgiei generale.

Cursurile se vor ţinea în sala Societăţii de muzică din str. Gen. Moşoiu. Participarea este gratuită.

Al II-lea Congres de boale contagioase. *In zilele de 25, 26 şi 27 Octomvrie 1936 va avea loc la Chişinău al II-lea Congres de boale contagioase, sub auspiciile Ministerului Sănătăţii, Institutului „Prof. Dr. I. Cantacuzino" şi Institutelor de igienă, conform planului de organizare al Congresului de la Craiova din 1934.*

Congresul va avea următoarea ordine de zi:

1. O conferință asupra Poliomyelitei, *ținută de dl Prof.* Dr. C. Ionescu-Mihăești, *Directorul Institutului „Prof. Dr. I. Cantacuzino;*

2. Dizenteria și enteritele dizenteriforme (etiologie, epidemiologie, profilaxie și tratament).

Raportori: 1. Prof. Dr. I. Bălteanu, *dela Facultatea de medicină, Iași; 2. Dl* Dr. Alexa Ioan, *conferențiar dela Facultatea de medicină, Iași; 3. Dl* Dr. Calalb, *șef de secție la Institutul „Prof. Dr. I. Cantacuzino"; 4. Dl* Dr. Titus Turcu, *șef de lucrări la Institutul de igienă, Cluj;*

3. Aprovizionarea cu apă și metode de purificare.

Raportori: 1. Agregat Dr. Zolog, *dela Facultatea de medicină, Cluj; 2. Medic Colonel* Dr. C.-tin Suhățeanu, *șeful serv. epidemic din Ministerul Armatei; 3. Medic Căpitan* Dr. Tătăranu, *dela Institutul de igienă, București;*

4. Epidemiologia scarlatinei și stadiul actual al vaccinației anti-scarlatinoase.

Raportori: 1. Prof. Dr. M. Ciucă, *subdirectorul Institutului „Prof. Dr. I. Cantacuzino", București; 2.* Dr. S. Manuilă, *Directorul Institntului de statistică din Ministerul de Interne; 3. Prof.* Dr. John Gordon, *dela Istitutul Rockeffeler, delegat în România; 4.* Dr. Vlad, *medic șef al Municipiului, Cluj.*

Toate rapoartele, lucrările și comunicările, ce se vor face în cadrul subiectelor de mai sus, precum și altele referitoare la boalele contagioase, trebue neapărat, conform hotărârii Comitetului executiv, să fie trimise, până la data de 15 August 1936, Secretariatului general al acestui Comitet, urmând ca după această dată să fie date la tipărit, pentru ca în timp util să poată fi prezentate congresiștilor la data ținerii Congresului.

Sediul Secretarului general al Comitetului executiv al celui de al II-lea Congres se găsește la Biblioteca Institutului de seruri și vaccinuri „Prof. Dr. I. Cantacuzino", Splaiul Independenței Nr. 103, București, pe adresa Dr. Combiescu.

Pentru a preveni din timp o încărcare prea mare a programului de lucru al Congresului, s'a convenit ca să se limiteze rapoartele la o expunere de cel mult 50 minute, comunicările la o cuprindere de 3 pagini de tipar, iar expunerea orală la cel mult 10 minute.

Tot în vederea acestui Congres, s'a constituit un Comitet local de organizare, sub președinția d-lui Inspector general sanitar, Chișinău — Dr. Nicolae Smadu.

Acest Comitet, imediat după ce se vor centraliza rapoartele și comunicările științifice, adică după 15 August 1936, va reveni cu un nou comunicat în care se va expune condițiile de participare și programul detaliat al Congresului.

Sediul biroului Comitetului de organizare este la Spitalul de contagioşi Chişinău, la dl Dr. Gh. Munteanu, *şeful Spitalului, de unde se va cere ori şi ce fel de informaţii.*

Congresul Soc. de Neurologie, Psichiatrie, Psichologie, Endocrinologie şi Medicină legală. *Congresul Societăţii române de Neurologie, Psichiatrie, Psichologie, Endocrinologie şi Medicină legală se va ţine în acest an la Bucureşti, sub preşedinţia d-lui Profesor* Dr. G. Marinescu, în zilele de 4, 5, 6 şi 7 Octomvrie. *Vor participa şi medici străini, de aceia,* lucrările vor fi făcute de preferinţă în limba franceză.

Vor fi prezentate următoarele rapoarte:

Prof. Dr. G. Marinescu: *Fiziopatologia isterei.*

Dr. Ion. T. Niculescu: *Atrofiile cerebeloase.*

Dr. O. Sager: *Fiziologia experimentală a cerebelului.*

Prof. Dr. L. Ballif: *Corticală suprarenală.*

Dr. A. Moruzzi: *Encefalografia şi ventriculografia în afară de tumorile cerebrale.*

Prof. Dr. N. Minovici: *Medicina legală şi alte ştiinţe medicale în faţa Justiţiei.*

Fondul comunicărilor prezentate congresului trebue să fie strict în raport cu chestiunile cari constituesc subiectele rapoartelor. Durata unei comunicări este limitată la 10 minute.

Titlurile comunicărilor, cât şi adeziunile colegilor cari doresc să participe la acest Congres vor fi adresate secretariatului (Dr. I. T. Niculescu, Str. Plantelor 50, Bucureşti 4) *cel mai târziu* până la 10 Septemvrie 1936.

Titlurile comunicărilor vor fi întovărăşite de un rezumat de 10 linii, care va fi publicat în programul Congresului.

La sfârşitul Congresului, va fi o şedinţă dedicată demonstraţiunilor microscopice şi experimentale. La această şedinţă vor fi admise şi documente asupra problemelor străine de subiectul rapoartelor.

Al XXIV-lea Congres francez de medicină. *Al XXIV-lea congres francez de medicină va avea loc la Paris în zilele de 12—14 Octomvrie sub preşidenţia prof.* Labbé. *Chestiunile puse în desbatere vor fi de foarte mare actualitate.*

1. Meningitele acute curabile. Raportori vor fi: D-nii Roch (Genéve), Lesné (Paris), Cruchet (Bordeaux).

2. Sindromele paratiroidiene. Raportori vor fi: D-nii Snapper (Amsterdam), Bérard et Henry (Lyon), Coryn (Bruxelles).

3. Medicaţiunile simpaticului. Raportori vor fi: D-ra Jeanne Levy şi Justin Besaçon (Paris), Wangermez (Bordeaux), Goninet Bienvenüe (Brest), Laignel-Lavastine (Paris), E. May (Paris).

Un bogat program de recepţiuni pentru medici şi soţiile lor este aranjat.

Participanţii beneficiază de reducere pe căile ferate franceze.

Inscrierile se primesc la D-nul Masson, casierul congresului, 120 Bd. Saint Germain Paris. Informaţiuni se pot lua dela Dr. Pavel, *str. Vasile Lascăr 18, Bucureşti.*

Taxele de cură pentru medici. *Asociaţia generală a medicilor fiind sesizată de plângerile mai multor medici, plecaţi să-şi caute sănătatea la diferite staţiuni balneare, că atât ei cât şi familiile lor au fost impuşi la nişte taxe ce se ridicau la 500—600 Lei, a intervenit la Oficiul naţional de turism, cerând abrogarea acestor taxe.*

In urma intervenţiei Asociaţiei s'a primit următorul răspuns:

„La adresa Dv. No. 286/936, avem onoare a vă face cunoscut că impunerea medicilor şi familiilor lor la taxele de cură şi de muzică nu s'a făcut de către Oficiile locale de turism ca un act de vitregie faţă de medici; dispoziţiunile legii pentru organizarea turismului îi îndreptăţea să ia această hotărâre.

„Oficiul naţional de turism interpretând însă că medicii pe baza unor uzanţe erau deja scutiţi de aceste taxe, pe baza serviciilor ce ei pot aduce staţiunilor, a comunicat astăzi oficiilor locale din staţiunile balneare şi balneoclimatice, ca dela data primirii acestui ordin să nu mai pretindă aceste taxe medicilor şi familiei".

A III-a sesiune a zilelor medicale la Paris. *Cu ocaziunea Expoziţiei Internaţionale din 1937, se va ţine la Paris a treia sesiune a „Zilelor Medicale" la care vor lua parte medici, veterinari şi farmacişti străini şi francezi.*

Ele vor fi prezidate de Prof. Carnot.

Dimineţele vor fi consacrate, conform tradiţiei demonstraţiunilor practice, organizate în spitale ca şi în Şcolile şi Institutele de biologie, grupând toate ramurile de activitate medicală.

Şedinţele de după amiază vor fi rezervate studiului practic al subiectului următor: „Hormonii şi terapeutica endocriniană" *şi anume: Hipofiza, Glandele genitale, Thiroidele, paratiroidele şi suprarenalele, şi a IV-a zi despre ficat, pancreas şi thimus.*

Şedinţele de după amiază, vor avea loc în interiorul Expoziţiei Internaţionale, în apropierea standurilor rezervate expozanţitor Zilelor medicale.

Toţi cei ce se interesează de această manifestaţiune ştiinţifică, sunt rugaţi pentru informaţiuni mai ample să se adreseze la Service des Journées Médicales: Revue Médicale Française, 18, rue de Verneuil, Paris 7-éme.

Cotizaţiunile sunt de 50 franci, 30 franci pentru membrii familiei congresistului şi studenţi.

Vacanţa de Crăciun pe coasta de Azur. *A XIV-a Călătorie Medicală Internaţională de Crăciun pe coasta de Azur, organizată de Societatea Medicală a litoralului Mediteranian va avea loc dela 26 Decemvrie la 2 Ianuarie.*

Itinerarul este următorul: Nice, Roquebrune, La Turbie, Menton, Cap. Martin, Monte-Carlo, Beaulieu, Vilefranche, Mont-Boron, Cagnes, Vence, Grasse, Juan-les-Pins, Antibes, Vallauris.

Cei 33 ani de experienţă a societăţii organizatoare asigură acestei călătorii o tehnică, o economie şi un lux indiscutabil. Direcţiunea ştiinţifică a călătoriei va fi, ca de obiceiu, încredinţată profesorilor. Medici, istorici, naturalişti, specializaţi în studiul regiunei şi a monumentelor vizitate, vor asigura explicaţiile necesare. Toate parcursurile vor fi efectuate în autocare de lux, găzduirea este asigurată în hotelurile cele mai bune. Medicii şi soţiile lor, studenţii în medicină, vor primi permise de parcurs individuale cu jumătate preţ pe căile ferate franceze.

Cu ocaziunea călătoriei, vor avea loc excursiuni splendide în Alpi, Esterel, Corsica, antica Cyrnos, Insula frumuseţii.

Inscrierile de pe acum la „Societé Mèdicale, 24 Rue Verdi à Nice", pentru informaţiuni complimentare.

Concursurile de specialitate dela Ministerul Sănătăţii. *In cursul lunei Noemvrie a. c. se vor ţine la Ministerul Sănătăţii publice (Buc., Calea Griviţei 64) concursurile de specialitate, după următorul program:*

Luni 2 Noemvrie 1936, ora 9 *Boli contagioase.*

Joi 5 Noemvrie 1936, ora 9, *Neurologia.*

Luni 9 Noemvrie 1936, ora 9, *Pediatrie şi puericultură.*

Sâmbătă 14 Noemvrie 1936, ora 9, *Psihiatria.*

Joi 19 Noemvrie 1936, ora 9, *Otorinolaringologie.*

Luni 23 Noemvrie 1936, ora 9, *Chirurgie generală.*

Au dreptul să se prezinte la aceste concursuri toţi cei care îndeplinesc condiţiunile prevăzute de art. 196 din legea sanitară şi de ocrotire şi condiţiunile speciale dela art. 10 din legea pentru modificarea legii sanitare şi de ocrotire şi publicată în Monitorul Oficial Nr. 164 din 19 Iulie 1934 şi anume:

a) *Să fie doctor în medicină;*

b) *Să fie cetăţean român;*

c) *Să nu fie condamnat prin hotărâre judecătorească definitivă la vreo pedeapsă infamantă;*

d) *Să nu fi fost exclus definitiv din corpul funcţionarilor ministerului, sau exclus temporar în momentul cererii, sau pus în retragere din oficiu pentru vreunul din cazurile prevăzute de legea sanitară;*

e) *Să nu fi fost destituit din alte funcţiuni publice sau căzut în vreuna din pedepsele care, după legile privitoare la funcţionarii publici, le-ar interzice dreptul de a mai ocupa asemenea funcţiuni;*

f) *Bărbaţii să fi satisfăcut legea recrutării.*

Condiţiuni:

Candidaţii vor dovedi că au cel puţin 5 ani practică medicală şi un stagiu spitalicesc de cel puţin 3 ani în specialitatea pentru care se dă concursul.

Sunt dispensaţi de stagiul de 3 ani la concursul de chirurgie generală, medicii cari au condus cel puţin 3 ani cu titlul definitiv un spital mixt.

Stagiul de practică medicală este redus la 3 ani pentru foştii interni cu concurs ai Eforiei spitalelor civile, dacă au funcţionat în mod efectiv cel puţin 3 ani.

De asemenea, sunt dispensaţi de stagiu spitalicesc de specialitate, medicii care au diploma de specialitate, emisă de Facultatea de medicină, în ramura respectivă.

Concursul constă din următoarele probe:

1. O probă de titluri, lucrări şi activitate în specialitate;

2. Două probe clinice pe doi bolnavi şi anume:

Pentru posturile de medicină internă, un bolnav afectat de o boală internă şi de o boală infecţioasă epidemică.

Pentru posturile de chirurgie, 2 bolnavi atinşi de o boală chirurgicală.

Pentru posturile de specialităţi, 2 probe clinice din specialitatea pentru care se concurează.

3. Două probe practice dintre care:

a) *O operaţie pe cadavru, din specialitatea pentru care concurează, şi*

b) *O probă de anatomie patologică pe piese preparate pentru chirurgie generală şi spacialităţile sale.*

Pentru medicina internă şi specialităţile în legătură cu ea, 2 probe practice, dintre care:

a) *O probă de anatomie patologică, şi*

b) *O probă de laborator (bacteriologie sau chimie biologică, cu aplicaţie la clinică).*

Candidaţii care cer înscrierea pentru concurs, vor trebui să înainteze Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor sociale, Calea Griviţei Nr. 64, Bucureşti, cererile lor însoţite de acte şi suma de 2000 Lei, cu cel puţin 30 zile libere înainte de ziua fixată pentru începerea concursului.

Concursul pentru medici de spitale mixte. *In ziua de 14 Decemvrie a. c., orele 4 p. m., se va ţine la Ministerul Sănătăţii publice (Buc., Calea Griviţei 64) concursul pentru medici de spitale mixte.*

Au dreptul să se prezinte la acest concurs toţi acei care îndeplinesc condiţiunile generale dela art. 196 din legea sanitară şi de ocrotire şi condiţiunile speciale dela art. 10 din legea modificatoare a legii sanitare, publicată în Monitorul Oficial Nr. 164 din 19 Iulie 1934 şi anume;

Condiţiuni generale:

a) *Să fie doctor în medicină cu dreptul de liberă practică în ţară;*

b) *Să fie cetăţean român;*

c) *Să nu fie condamnat prin hotărâre judecătorească definitivă la vreo pedeapsă infamantă;*

d) *Să nu fi fost exclus definitiv din corpul funcţtonarilor ministerului, sau exclus temporar în momentul cererii, sau pus în retragere din oficiu, pentru vreunul din cazurile prevăzute în lege;*

e) *Să nu fie destituit din alte funcţiuni publice sau căzut în vreuna din pedepsele care după legile privitoare la funcţionarii publici le-ar interzice dreptul de a mai ocupa asemenea funcţiuni;*

f) *Bărbaţii să fi satisfăcut legea recrutării.*

Condiţiuni speciale:

Candidaţii vor avea un stagiu de 2 ani ca medic auxiliar, intern cu concurs, asistent sau preparator de clinică, sau un stagiu de 2 ani ca medic sanitar, cu examenul de capacitate dat. In lipsa acestor stagii vor putea fi admişi şi medici cu 5 ani practică medicală.

Concursul constă din următoarele probe:

1. O probă scrisă cu subiect de medicină generală;

2. Două probe clinice asupra a 2 bolnavi, unul cu boală infecţioasă epidemică, unul cu boală chirurgicală sau o boală internă;

3. O probă de medicină operatorte pe cadavru.

Fiecare notă se apreciază cu nota 0—20.

Nota de admisibilitate este cel puţin 15.

Nota se hotărăşte cu majoritatea membrilor comisiunii.

Candidaţii care cer înscrierea pentru concurs, vor trebui să înainteze Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, cererile lor însoţite de acte şi suma de 1000 lei, cu cel puţin 10 zile libere înainte de ziua fixată pentru începerea concursului.

Posturi vacante de medici. *La Ministerul sănătăţii, sunt vacante următoarele locuri de medici:*

Medic-primar, secţia de contagioşi, dela Spitalul Piteşti, jud. Argeş;

Medic-primar, secţia contagioşi, de pe lângă Spitalul Precista-Mare, jud. Roman;

Medic-primar neurolog, la spitalul Arad;
Medic-şef de laborator la laboratorul Buzău;
Medic-şef de laborator la spitalul „Elisabeta-Doamna", din Galaţi;
Medic-şef la centrul pentru ocrotirea copiilor, Galaţi;
Medic-şef la centrul pentru ocrotirea copiilor, Cernăuţi;
Medic (pediatru) ambulatorul plăşii Model-Gilău, Cluj;
Medic-director centru pentru ocrotirea copiilor, Craiova;
Medic-şef puericultor Iaşi, pendinte de Institutul de Igienă (6100 lei);
Medic-puericultor la dispensarul ambulatorul comunal Bucureşti (6000 lei);
Medic-puericultor la ambulatorul policlinic judeţean, Ilfov (5000 lei);
Medic la dispensarul de puericultură şi prenatale, pendinte de serviciul sanitar, Bucureşti, (8850 lei);
Medic-primar secţia de copii la spitalul Satu-Mare;
Medic-primar consultaţii copii la spitalul Sighişoara;
Medic dispensarul de prenatale, pendinte de serviciul sanitar al Capitalei, (5650 lei);
Medic-primar secţia de ochi dela Spitalul „Elisabeta-Doamna", Galaţi;
Medic-primar chirug la spitalul Moldova-Nouă, jud. Caraş;
Medic stomatolog pendinte de Institutul de Igienă Iaşi (6100);
Medic-primar sanatoriul T. B. C. Erbiceni-Iaşi;
Doi medici, specialitatea T. B. C. la ambulatorul judeţean Ilfov, (5000 lei);
Medic-primar spitalul T. B. C. Vorniceni, jud. Lăpuşna;
Medic-primar radiolog la spitalul Soroca;
Medic radiolog la spitalul Tulcea;
Medic-primar secţia boli interne dela spitalul Tighina;
Medic-primar secţia boli interne dela spitalul Sânnicolaul-Mare, jud. Timiş;
Medic-primar al jud. Mehedinţi;
Medic de circ. la Municipiul Constanţa;
Un medic la serviciul Igienei şcolare Bucureşti (5650 lei);
Doi medici şcolari la Municipiul Cernăuţi (3000 lei);
Trei medici şcolari la Municipiul Cluj (2000 lei);
Medic şcolar la Municipiul Iaşi (3600 lei);
Medic sanitar (epidemiolog) la serviciul sanitar al Municipiului Cluj (5000 lei);
Medic malariolog pendinte de Institutul de Igienă Iaşi (6100 lei);
Medic entomolog pendinte de Institutul de Igienă Iaşi (6100 lei);
Medic spital mixt Măicăneşti, judeţul R.-Sărat;
Medic spital mixt Caransebeş, judeţul Severin;
Medic spital mixt şi circ. Uriceni-Flămânzi-Botoşani;
Medic spital mixt şi circ. Ciumuleşti-Baia;

Medic spital mixt Brad-Hunedoara, pendinte de Casa asigurărilor sociale;

Medic spital mixt și circ. Nisporeni-Lăpușna;
Medic spital mixt și circ. Criuleni, jud. Orhei;
Medic spital mixt și circ. Telenești-Orhei;
Medic spital mixt și circ. Tălmaz-Tighina;
Medic spital mixt și circ. Singureni-Vlașca;
Medic spital mixt și circ. Hangu-Neamț.

Circumscripții rurale:

Scheiu și Jiblea-Argeș; Bucium și Cimbrud-Alba; Sicula-Arad; Bogdănești-Bacău; Mihăilișeni-Botoșani; Radu-Negru-Brăila; Cislău și Săgeata-Buzău; Pietroasa-Bihor; Mihăileni-Bălți; Bod-Brașov, Sarai-Constanța; Hasân-Batâr-Cetatea-Albă: Vișinești-Cahul; Cuciurul-Mare-Cernăuți; Bocșa-Montană-Caraș; Siculeni-Ciuc; Ciucea, Panticeu și Rechetău-Cluj; Bezdead, Poiana-de-Sus și Tătărani-Dâmbovița; Talpaș și Terpezița-Dolj; Drăgușeni-Dorohoi; Docilar și Haschioi-Durostor; Bunești-Fălciu; Godinești Ocolul, Bălănești, Raci, Turcenii-de-Sus, Bărbătești și Câlnic-Gorj; Babin și Văscăuți-Hotin: Dragalina și Făcăeni-Ialomița; Dispensar-Prisăcani-Iași; Buftea și Bolintin, jud. Ilfov; Cișmele-Ismail; Miclăușeni, Vânători, Rezina-Lăpușna; Broșteni și Piria-Mehedinți; Borsec și Dămieni-Mureș; Lăicăi și Ștefănești-Muscel, Dochia-Neamț, Crâmpoaia, Isvorul și I. C. Brătianu-Olt; Gologanul, Jitia și Ziduri-R.-Sărat; Poenele-de-Jos-Roman; Turț-Satu-Mare; Sălăcea-Sălaj; Balint-Severin: Armeni și Roșia-Sibiu; Sic-Someș; Broscăuți-Storojinet; Măzănești-Suceava; Corbasca, Godinești; Negrilești-Tecuci; Dorobanța și Dobroteşti Teleorman; Bichiș-Târnava-Mică; Selemet-Tighina; Cataloi-Tulcea, Baia-de-Arieș, Ceanul-Mare și Scărișoara-Turda; Avrămești și Poplana-Tutova; Denta-Timiș; Oteșeni, Ștefănești și Făurești-Vâlcea; Șelaru și Toporu-Vlașca și circ. Suranești-Vaslui.

Medicii care întrunesc condițiunile legale de a ocupa aceste posturi, vor face cereri Ministerului muncii, sănătății și ocrotirilor sociale, calea Griviței Nr. 64, București, până la 13 Septemvrie.

In conformitate cu art. 201 din legea sanitară și de ocrotire, se aduce la cunoștința generală că este vacant postul de chirurg primar, specialitatea ortopedie, la sanatorul T. B. C., Bugaz, jud. Cetatea Albă, plătit de Liga Națională contra tuberculozei.

D-nii medici care întrunesc condițiile legale de a ocupa acest post, vor face cereri la Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale, în termen de 30 zile dela data publicării în Monitorul Oficial Nr. 213 din 12 Septemvrie 1936.

Mişcare în corpul medical *S'a făcut următoarea mişcare, pe ziua de 1 August, în personalul medical din serviciile dependinte de Ministerul muncii, sănătăţii şi ocrotirilor sociale:*

Dl Dr. Zeno Vasilescu, medic secundar cu concurs la secţia chirurgicală a spitalului „Filantropia" din Craiova, se transferă în aceeaşi calitate la Maternitatea I dela acelaş spital.

Dl Teodor Nandriş, medic stagiar al circ. Broscăuţii-Vechi (Storojineţ). se transferă la circ. Bănilă pe Ceremuş, acelaş judeţ.

Dl Dr. V. Dracinschi, medic stagiar al circ. Cuciurul-Mare (Cernăuţi). se transferă la circ. Cosmin, acelaş judeţ.

Dl Dr. Emil Frâncu, medic stagiar al circ. Bucium, se transferă la dispensarul Zlatna, din acelaş judeţ.

D-na Dr. Ecaterina Baltaga, medic stagiar al circ. Vânători (Lăpuşna), se transferă la circ. Găleşti din acelaş judeţ.

D-na Dr. Natalia Gălauţă, medic stagiar al circ. Rechetău (Cluj), se transferă la circ. Mănăstireni din acelaş judeţ.

D-na Dr. Elena Simionescu, medic definitiv al spitalului Ciumeşti (Baia), se transferă la cir. Belceşti (Iaşi).

D-na Dr. Aurora Teodorescu Cârdei, medic definitiv al circ. şi spitalului Hangu, (Neamţ), se transferă la ambulatorul policlinic Piatra-Neamţ.

D-na Dr. Elena Macri Bunescu, medic definitiv al circ. Şelaru (Vlaşca), se transferă la circ. Bucov. (Prahova).

D-ra Dr. Tatiana Gobjilă, medic definitiv al circ. Cataloi (Tulcea), se transferă la circ. Remetea-Mare (Timiş-Torontal).

Dl Dr. Ioan Şiara, medic stagiar al circ. Tătărani (Dâmboviţa) se tranferă la circ. Glâmbocata din acelaş judeţ.

D-na Dr. Isabela Mateevici, medic definitiv al circ. Ciulniţa (Ialomiţa), se transferă la circ. Cilibia (Buzău).

Dl Dr. N. Tompa, medic definitiv al circ. Siculeni (Ciuc), se transferă la circ. Pietrari (Dâmboviţa).

Dl Dr. Iulian Rădulescu, medic stagiar al circ. Raci (Gorj), se transferă la circ. Pietrari (Dâmboviţa).

Dl Dr. D. Dumitrescu se numeşte definitiv medic al spit. Bratca (Bihor), în baza concursului de spitale mixte depus.

Dl Dr. Gh. Frumuzache, medic stagiar al circ. Poeni (Dâmboviţa), la circ. Drăneşti acelaş judeţ.

Dl Dr. Ilie Truia, medic stagiar al circ. Poeni (Dâmboviţa), la circ. Drăneşti acelaş judeţ.

Dl Dr. A. Schaum, medic definitiv al circ. Ciunbrud (Alba), se transferă la circ. Vulcan (Hunedoara).

D-ra Dr. Florica Simionescu, medic stagiar al circ. Scurteşti (Buzău), se transferă la circ. Stoeneşti (Ilfov).

D-na Dr. Ruxandra Drăghescu, medic stagiar al circ. Spanţov (Ilfov), se transferă la circ. Fundulea din acelaş judeţ.

Dl Dr. Al. Manoilov, medic stagiar al circ. Hasan-Batâr (Cetatea-Albă), la circ. Scoreni (Lăpuşna).

D-na Dr. Elza Misachievici, medic stagiar al circ. Vişineşti (Cahul), se transferă la circ. „I. G. Duca" (Lăpuşna).

Dl Dr. Al. Cosma, medic stagiar al circ. Borsec (Mureş), se transferă la circ. Sărmaş din acelaş judeţ.

Dl Dr. I. Teodorescu, medic stagiar al circ. Izvorul (Olt), se transferă la circ. Calinderu (Olt).

Dl Dr. Anton Popescu, medic stagiar al circ. Surduc (Sălaj) se tranferă la circ. Bordeni (Prahova)

Dl Dr. D. Ţvetanov, medic definitiv al circ. Ziduri (R.-Sărat), se tranferă la circ. Tâmboieşti din acelaş judeţ.

Dl Dr. C. Muderac se numeşte definitiv medic radiolog al spitalului P.-Neamţ, în baza concursului de specialitate depus.

Dl Dr. Virgil Pavel medic stagiar al circ. Jitia (R.-Sărat), se transferă la circ. Dealul-Lung, acelaş judeţ.

Dl Dr. M. Leschinschi, medic stagiar al circ. Babic (Hotin), se tranferă la circ. Carapciu pe Siret (Storojineţ).

D-na Dr. Livia Drăgoi-Vinescu, medic stagiar al circ. Corbeasca (Tecuci), se transferă la circ. Adam (Tutova).

Dl Dr. I. Ciulin, medic definitiv al circ. 26 municipiul Bucureşti şi dl Dr. N. Tărărăscu, medic definitiv al circ. Bilciureşti (Dâmboviţa, se transferă unul în locul celuilalt, prin consimţământ reciproc.

Dl Dr. Trifan Hladiuc, medic stagiar al circ. Măzăuneşti (Suceava), se transferă la circ. Radovan (Ilfov).

Dl Dr. C. Cărbunescu, medic stagiar al circ. Lălcăi (Muscel), se tranferă la circ. Vişina (Dâmboviţa).

D-na Dr. Al. Tocanie, medic definitiv al circ. Godineşti (Gorj), se transferă la circ. Mânăstirea (Ilfov).

Dl Dr. Vasile V. Pascal, medic secundar prin concurs la spitalul central din Chişinău, se transferă în baza concursului, ca medic definitiv, al spitalului Gurbăneşti din jud. Ilfov.

Dl Dr. C. Barbelian, medic stagiar al circ. Dorobanţu (Teleorman), se transferă, în urma concursului depus, ca medic definitiv al spitalului şi circ. Brabova (Dolj).

Dl Dr. A. Bora, medic stagiar al circ. Gologanu (R.-Sărat), se transferă, în urma concursului depus, ca medic definitiv al spitalului Tg.-Secuesc.

Dl Dr. D. Paicu, medic stagiar al circ. Toporu (Vlaşca), se transferă, în urma concursului depus, ca medic definitiv al spitalului şi circ. Feteşti (Ialomiţa).

Dl Dr. Ilie Daniel se confirmă, în urma concursului depus, ca definitiv, în postul de medic şef de boli interne la Casa asigurărilor sociale Alba-Iulia, spitalul Sebeş.

Dl Dr. Paul Sicht, medic asistent al clinicei medicale din Cluj, se transferă, în urma concursului depus, ca medic primar definitiv, al secţiei de boli interne dela spitalul din Rădăuţi.

Dl Dr. C. Ivan, medic secundar la spitalul din Sibiu, se transferă în urma concursului depus, ca medic definitiv al circ. şi spitalului Balta (Mehedinţi).

D-na Dr. Olimpia Birkle se confirmă în postul de medic al circ. Cocioc.

Medici stagiari definitivaţi. *Dnii medici stagiari mai jos menţionaţi care au împlinit stagiul cerut de lege, în urma examenului de capacitate ce au depus, se confirmă definitiv, în posturile ce ocupă, după cum urmează:*

Dl Dr. Aurel Aldan, la circ. Simersig (Timiş-Torontal).

Dl Dr. Aurel Sava, la circ. Sânpaul (Târnave Mică).

Dl Dr. Victor Enescu, la circ. Stolnici (Argeş).

Dl Dr. Ioan Stoia, la circ. Codlea (Braşov).

Dl Dr. N. Manolache, la circ. Iargara (Cahul).

D-ra Maria Dragoş, se confirmă definitiv asistentă, în postul de asistentă la laboratorul de igienă din Buzău.

D-ra Maria Mocu se confirmă definitiv în postul de farmacistă la spitalul prof. Dr. V. Sion din Constanţa.

Medici puşi în retragere. *Dl Dr. F. Mişea, medic primar al spitalului de contagioşi din Buzău, care la data de 14 Noemvrie 1936 împineşte limita de vârstă ca să fie pus în retragere din oficiu, spre a-şi aranja drepturile la pensie, se menţine în serviciu, încă 2 ani dela data de mai sus.*

D-nii medici mai jos enunţaţi au fost puşi în retragere, din oficiu, spre a-şi aranja drepturile la pensie, pentru limită de vârstă, pe ziua de 1 Septemvrie.

Dl Dr. Augustin Fischer, medicul circ. Denta (Timiş Torontal).

Dl Dr. Eugen Goldner, medicul circ. Bocşa-Montană (Caraş).

Dl Dr. Bozac, medicul oraşului Beiuş.

Dl Dr. Burăh Moscovici, medicul circ. Buftea (Ilfov).

Acordări de concesiuni de farmacii rurale. *Se acordă dlor farmaciști mai jos notați concesiunile de farmacii rurale specificate în dreptul fiecăruia, în condițiunile legii sanitare în vigoare și anume:*

Dlui farm. Bandu T. Ion, com. Căușani, jud. Tighina, a doua concesiune.

Dlui farm. Jabschi Meilich, com. Peresecina, jud. Orhei.

D-rei farm. Măximoiu Elena, com. suburb. Lupeasca, jud. Ilfov, a treia concesiune.

Dlui farm. Kaufman Șmil, com. Manzâr, jud. Tighina.

Dlui farm. Cismărescu Ersilia, com. Galicia-Mare, jud. Dolj.

Dlui farm. Barta Alexandru, com. Covasna, jud. Trei-Scaune, a doua concesiune.

Dlui farm. Acsel Ștefan, com. Balinț, jud. Severin.

Dlui farm. Dr. Jeney Ștefan, com. Ardusat, jud. Satul-Mare.

D-nei farm. Goldenberg Roza, com. Agăș, jud. Bacău.

D-nei farm. Irina Ilieș, com. Ghindari, jud. Odorhei.

Dlui farm. Bercovici Iacob, com. Galata, jud. Iași.

Note și informațiuni

Pentru chestiuni de redacție și administrație corespondența va fi adresată: „Sibiul Medical", Spitalul Public Sibiu; — pentru inserate, la Drogueria I. Baciu, Sibiu, str. Regina Maria 10.

Nu se publică articole de critică sau polemică, sau cari au mai fost publicate într'o revistă medicală din țară. Articolele nu vor fi mai mari de 6 pagini sau cu urmare. Peste 6 pagini autorul va plăti tiparul.

Extrasele cerute, vor fi plătite de autor.

Referatele vor fi cât mai scurte posibil (20 rânduri).

Orice manuscris va fi scris citeț sau dactilografiat.

Clișeele vor fi plătite de autori.

Manuscrisele nu se înapoiază, nici în cazul de nepublicare.

Anunțurile se trimit prin Administrație cu tariful următor:

1	pagină	odată	Lei	1000·—	3	ori	Lei	2600·—	6	ori	Lei 4500·—
1/2	„	„	„	600·—	3	„	„	1500·—	6	„	„ 2600·—
1/4	„	„	„	400·—	3	„	„	1000·—	6	„	„ 1600·—

Rugăm anunțați schimbarea adresei!

Tabloul de prețul extraselor pe anul 1936.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar						Coperta obișnuită (hârtie culeur)						Observație
	25	50	100	150	200	300	25	50	100	150	200	300	
	exemplare						exemplare						
	Lei						Lei						
4	80	95	115	135	150	185	60	70	85	100	115	140	
8	140	160	190	215	235	300							
12	190	220	260	300	335	400							
16	240	265	315	350	400	480							
	Extrase pe hârtie velină						Coperta groasă (colorată)						
4	90	105	130	155	175	230	80	100	150	200	250	330	
8	150	175	225	265	300	400							
12	210	245	310	375	430	545							
16	265	350	380	460	530	675							

Costul extraselor se va achita direct tipografiei. :-: Pentru provincie extrasele se vor expedia cu ramburs.

SORAMIN

Zinkaminoformbichlorid Dr. Wander

Un nou produs pentru a trata în mod raţional

LEUCOREEA PATOLOGICĂ

DECONGESTIV-ASTRINGENT

DESINFECTANT-DESODORIZANT

PARFUMANT PLĂCUT ŞI DISCRET
ÎN TOALETA INTIMĂ A FEMEII.

Conţinutul unui plic se diluiază în 1-1½ litru de apă pentru irigaţiuni vaginale.

Mostre şi literatură serveşte la cerere

DR. WANDER S. A.

Bucureşti—Str. Cazărmii 89

Laboratoires MARONNEAU-MOREL

156, rue des Fauvelles **Courbevoie -- France**

ATOLYSAN

(granulat efervescent)

Diuretic—Antiseptic urinar—Urocolitic

COMPOZIŢIE:

Acest complex cuprinde **diferiţi urocolitici** asociaţi în mod raţional. Acţiunea lor este favorizată prin adăogirea de **theobromina** ceeace măreşte cuantumul diurezei şi în mod indirect puterea de eliminare a urinei. Prezenţa **Hexametilentetraminei** asigură dealtfel antisepsia căilor urinare.

Constitue un medicament foarte activ al manifestărilor urinare.

INDICAŢIUNI: **Gută—Reumatism—Artritism.**

DOZE: Preventiv: 3 linguriţe pe zi într'un pahar cu apă.
Curativ: 3 linguri pe zi într'un pahar cu apă.

Eşantioane şi literatură

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.

Str. Zorilor 2 — BUCUREŞTI.

Anul III. No. 10—12. 10 Lei Exemplarul. Oct.—Decemvrie 1936.

Sibiul medical

Revistă lunară de medicină și organizare sanitară

Comitetul de direcție: Dr. Capitanovici M., Doc. Dr. Filipescu O., Dr. Preda Gh., Dr. Stoichiția I.
Secretar de redacție: Dr. Matinca I.

Comitetul de redacție: Dr. Alexandrow, Aiud; Dr. Albini, Sebeș; Dr. Bidu, Sf. Gheorghe; Dr. Cosma, Sibiu; Dr. Comes, Ciuc; Dr. Crețu, Sf. Gheorghe; Dr. Căliman și Doc. Dr. Câmpeanu, Brașov; Dr. Cornea, Făgăraș; Dr. Cahane și Dr. Dumitrescu, Diciosânmărtin; Dr. Ganea, Sighișoara; Dr. Ghițescu, Sibiu; Dr. Giurca, Făgăraș; Dr. Gheorghiu, Dr. Hozan, Dr. Ilcușu, Dr. Ionașiu, Dr. Manta, Dr. Mavru și Dr. Mitter, Sibiu; Dr. Medrea, Alba-Iulia; Dr. Măcelariu, Blaj; Dr. Mureșan, Mediaș; Dr. Nistor, Brașov; Dr. Onaca, Sighișoara; Dr. Pop, Odorheiu; Dr. Păcurariu, Dr. Pascu, Dr. Roșca, Dr. Slavu și Dr. Sturza, Sibiu; Dr. Ștefan, Brașov; Dr. Solomon, Sighișoara; Dr. Sireteanu, Mediaș; Dr. Ungureanu, Odorheiu; Dr. Vilt, Sibiu.

Prețul abonamentului:
Anual . . . . Lei 120
Pentru institute . „ 500

Redacția-Administrația:
Spitalul Public, Sibiu.

Coresp. - inserate reclame:
la Drogueria I. BACIU,
Sibiu, Str. Regina Maria 10.

SUMAR:

Articole științifice:

Prof. Dr. S. Gracosky: Meningitele Limfocitare Benigne . Pag. 167
Dr. I. Enescu: Disociațiile atrioventriculare . . . . . „ 178
Dr. L. Ionașiu și *S. Cupcea:* Expertiza psihologică experimentală . . . . . „ 186
Dr. Valeriu Stinghe: Principii de colapsoterapie în cura ambulatorie a tuberculozei pulmonare. . . . . „ 193

Probleme de organizare sanitară și profesională:

Dr. I. Stoichiția și *Dr. I. Cosma:* Cazierul sanitar al circumscripției și fișa sanitară comunală . . . . . Pag. 196
Dr. Nistor Dumitrescu Pitești: Reorganizarea laboratoarelor „ 206
Dr. I. Stoichiția și *Dr. I. Cosma:* Rezultatele detailate ale anchetelor medico-sociale din județul Sibiu . . . . . „ 210
Dr. I. Matinca: Zilele medicale din Sibiu . . . . . „ 213
* * Adunarea generală a Colegiului Medicilor și Asociației Generale a Medicilor filiala Sibiu . . . . . Pag. 218
* * Desbaterile Marelui Consiliu Medical al Asociației Generale a Medicilor . . . „ 226
Dr. E. Gernard: Raport detailat despre vaccinările mixte antiscarlatinoase și antidifterice în comuna Sânsimion în luna Iulie și August 1936 „ 241

Probleme de Ocrotire:

M. M.: Adunarea generală a Asociației Surorilor de Ocrotire din România . . . . Pag. 243
Natalia Popoviciu: Colaborarea între surorile de ocrotire și asistentele sociale . . . . „ 246
Revista revistelor . . . . „ 251
Note de terapeutică . . . „ 252
Dr. G. Preda: † Medicul General Dr. N. Vicol . . . „ 254
Dr. I. Stoichiția: † Dr. Viorel Popescu . . . . . „ 256
Note și informațiuni . . . „ 258

LABORATORUL
de
BACTERIOLOGIE ȘI CHIMIE BIOLOGICĂ
Dr. TELEMAN & Dr. ROȘCA
SIBIU, STR. TRIBUNEI Nr. 10—12

BIOTONICUM

Roborant - Tonic - Stomachic

de **primul rang**, conținând **Fe-Mn-P-și As** în **forma cea mai activă**. Prin **formarea ferului și manganului redus în statu nascendi**, adecă în starea **cea mai resorbabilă și asimilabilă**, de o **toleranță stomaco-intestinală perfectă**.

PREȚUL: 1 fl. de 250 gr. cu și fără arsen **Lei 98·—**.

Deci prezintă mijlocul suveran pentru tratarea stărilor anemice și urmările lor.

Mai e indicat: la **boale nervoase**, în **neurastenie**, în **astenie și surmenaj general**, în **covalescență**, în **tbc. generală și pulmonară**, în **diatezele exudative**, în **rachitism**, în **boalele tubului digestiv** și ale **nutriției**, în **eczemele cronice**.

Dozare: 3 linguri pe zi după mese, — la copii linguriță.

Desfacerea produsului:

Farmacia O. ALESI, Sebeș-Alba.

LABORATOARELE MIDY. 4, RUE DU COLONEL MOLL PARIS (17-)

Nouvelle adresse: 67, AVENUE DE WAGRAM — PARIS (XVII-e)

PIPERAZINA MIDY

„ANTI URIC TIP"

2 la 4 linguriță de cafea pe zi

J. E. BUCUR 8, Strada Mecet, BUCUREȘTI IV

Anul III. Nr. 10—12. 10 Lei Exemplarul. Oct.—Dec. 1936

SIBIUL MEDICAL

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI ORGANIZARE SANITARĂ

In tuse, tusă convulsivă, gripă şi gripă-pneumonie
(Sirop de Ephetonină)

Sirop de Ephetonină
Merck
contra tusei
Flacon orig. cu aprox. 100 şi 170 g.
E. MERCK-Darmstadt
Reprezentant: **Dr. J. Binder**
Bucureşti II.
Str. Luigi Cazzavillan 34.

SIBIU, 1936
Tiparul institutului de arte grafice „Dacia Traiană“

În răceli, reumatism, nevralgii și dureri de tot felul

GARDAN

Specific contra gripei

Antipiretic, analgezic
și antireumatic
suveran.

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţii generali pentru România:
„PHARMA" Studerus & Co. Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Tel.: 3-9283—3-9284.

Meningitele Limfocitare Benigne[1])

de **Prof. Dr. S. Gracosky**

In această conferinţă nu vă voi vorbi de acele reacţiuni meningeale cu limfocite care apar la începutul sau în cursul unor afecţiuni bine caracterizate ca: poliomielita, encefalita epidemică, oreillonul, spirochetosa ictero emoragică, etc. şi în care determinaţiunea meningee apare ca un epifenomen în cursul boalei de care depinde şi nu e de loc de natură a ne înşela asupra diagnosticului afecţiunei în cursul căreia apare ca un epifenomen mai mult sau mai puţin acuzat dar în tot cazul ca un simplu epifenomen.

In această conferinţă voi vorbi de acele meningite limfocitare al căror moment etiologic ne scapă, de acele meningite limfocitare care constituesc toată boala, neîmbrăcând caracterul de epifenomen şi a căror asemănare cu Meningita tuberculoasă, atât din punct de vedere clinic, cât şi din acel al reacţiunilor liq. c. r. e, atât de mare încât confuzia e de neînlăturat, aproape, şi diagnosticul de Meningită tuberculoasă scapă din gura medicului, neprevenit, în faţa familiei îngrozite, de oarece, ştim cu toţii, că un atare diagnostic echivalează cu o osândă la moarte.

Şi, totuşi, în asemeni cazuri, evoluţia este în marea majoritate a cazurilor favorabilă, bolnavul se vindecă desmintind astfel diagnosticul pus de medic, care se va găsi într'o situaţie penibilă faţă de familie, care nu-i va ierta cu una cu două că a îngrozit-o într'o împrejurare în care nu era cazul pentru aşa ceva.

Asemeni cazuri nu sunt rare de un timp încoace. S'a mai atras atenţiunea asupra acestor meningite şi chiar la noi Prof. Slătineanu şi Bălteanu împreună cu Conferenţiarul Alexa au publicat câteva cazuri.

Cu toate aceste publicaţiuni, existenţa acestor meningite, care cum am spus prezintă cea mai mare asemănare cu meningita tuber-

[1]) Conferinţă ţinută în ziua de 18 Octomvrie 1936 cu ocazia zilelor medicale din Sibiu.

culoasă, nu este destul de cunoscută şi personal am avut ocazia să văd punându-se diagnosticul de m. tbc. în asemeni cazuri, fiind nevoit a le rectifica. Scopul acestei conferinţe este, tocmai, de a contribui la cunoaşterea acestui lucru pentru a evita medicilor situaţia jenantă despre care am vorbit adineaori şi pentru a atrage atenţiunea medicilor că trebue să fie foarte circumspecţi în faţa diagnosticului naturei *tbc.* a unei meningite chiar atunci când toate aparenţele ar pleda pentru un atare lucru.

Medicul trebue să ştie că în faţa unei meningite cu aspectul clinic al *M. Tbc.* şi cu reacţie limfocitară într'un lichid c. r. limpede, nu mai trebue să se creadă autorizat de a pune diagnosticul de *M. Tbc.* căci nu atât de rar va fi expus să se greşească.

De ce criteriul limfocitozei liq. c. r. într'o meningită cu anumit aspect se dovedea mai înainte vreme suficient, *aproape totdeauna*, pentru a permite să se pună diagnosticul de M. Tbc. şi de ce astăzi faptele arată că valoarea lui e departe de a fi absolută? Nu se poate răspunde deocamdată dar faptele sunt aci pentru a dovedi lucrul.

Deja meningitele limfocitare *epifenomenice* despre care am pomenit la începutul conferinţei erau o dovadă a acestui lucru.

Dar observaţiunile destul de numeroase pe care vi le voi cetì (foarte pe scurt) împreună cu cele asemănătoare publicate de alţi autori constituesc o dovadă concludentă despre insuficienţa valoarei diagnostice a reacţiei limfocitare din liq. c. r. şi că pentru a pune diagnosticul de *M. Tbc.* medicul trebue să se îngrădească cu alte garanţii.

Dintre cazurile întâlnite fie în spital, fie în clientelă nu voi reţine decât pe acelea care, pe de o parte, nu pot fi considerate ca epifenomene ci ca afecţiune de sine stătătoare, iar, pe de altă parte, s'au bucurat de un studiu amănunţit şi evoluţia le-a fost urmărită destul timp.

Observaţiunile noastre sunt în număr de 10, înregistrate într'un număr restrâns de ani (6 ani), deci destul de numeroase pentru a face ca problema acestor meningite limfocitare benigne să fie pusă şi la noi.

S'a avansat de către autorii cari au studiat această chestiune că acest fel de meningită s'ar întâlni în special la adolescenţi şi tineri până la 30 ani şi aproape exclusiv la bărbaţi. Observaţiunile noastre ne arată că se pot întâlni şi la copii de toate etăţile. In ce priveşte sexul se pare, în adevăr, că ar juca un rol (8 băieţi şi 2 fete); din cele 6 cazuri Slătineanu şi Bălteanu 5 băieţi.

Voi da cetire observaţiunilor noastre.

1. *Adela Enuchiu* — 4 ani.

Ant. H. C. fără importanţă.

Boala actuală a debutat brusc cu febră mare acum 3 săptămâni. Ea a fost luată ba drept gripă, ba drept malarie, până când un medic observând crampa cefei şi vărsături a diagnosticat meningita şi a trimis copila în serviciul nostru. La intrare găsim 39°, nervositate, dureri de cap, vărsături, crampa cefei.

Puncţia lombară dă: liquid limpede; *10080* elemente pe mm.^{3} în mare majoritate limfo; Nonne Appelt +; albumină 0.85‰; absenţa de microbi pe lamă şi în culturi; absenţa bacilului Koch căutat în pelicula de fibrină. Absenţa hematozoarului în sânge.

A doua zi după puncţie se simte mai bine, temperatura cade pentru a nu se mai urca decât o singură dată şi ameliorarea continuând, copilul ese vindecat după 12 zile.

2. *Gheorghiu Alecu* — 6 ani.

A. H. C. şi P. fără importanţă.

Cu câteva zile înainte de internare copilul prezintă febră şi dureri de cap însoţite de vărsături. Este adus în serviciu pentru această stare cu 39.5°.

Prezintă crampa cefei, dermografism, stare profundă de abatere; nu are Kernig, nu e constipat.

Puncţia lombară dă:

Liquid limpede cu tensiune, cu 397 elemente pe mm.^{3}, aproape în totalitate limfocite.

Nonne +

Pandy uşor +

Albumină 0.48‰.

Culturile negative; malaria negativă. După 3 zile temperatura cade complect şi după alte 6 zile copilul ese vindecat.

3. *Ursulache Dumitru* — 12 ani.

Este adus pentru febră, dureri de cap, vărsături, prostraţiune.

A. H. C. şi P. fără importanţă.

Aflăm că eşise din spitalul de izolare cu câteva zile mai înainte, prezentând acolo fenomene de meningită şi herpes peribucal.

Aflăm că la izolare s'au făcut scarificaţii pe cornee şi inoculări intracerebrale la epure cu liq. c. r. al bolnavului, fără nici un rezultat. Simţindu-se bine, copilul ese dela izolare ducându-se acasă, dar după 2—3 zile boala reîntorcându-se este adus în serviciul nostru cu simptomele descrise.

Examinându-se copilul se constată: febră 38.5°, cefalee, vărsături, Kernig, crampa cefei, dermografism, instabilitatea pulsului.

Puncţia lombară dă:

Liq. limpede, Nonne şi Pandy +, albumină 0·99‰, cloruri 6,70‰, glicorachia 0.38‰, reacţia celulară: 410 elemente pe mm.³, aproape exclusiv limfo.

Absenţa bacilului Koch în pelicula de fibrină, căutat în mai multe rânduri.

S. R. W. —, în liquid; reacţia benzocoloidală negativă în zona sifilitică şi pozitivă în cea meningitică; S. R. W. —, în sânge; Meinicke uşor +.

Fenomenele pentru cari a intrat au mers atenuându-se repede aşa că după o săptămână poate fi considerat vindecat clinicește, totuşi reacţia meningeală persistă deoarece după o lună găsim încă: 106 limfo. de mm.³; Nonne +, Pandy +, albumină 0.33‰ şi, deabia, după 2 luni reacţia liq. devine normală.

Scarificările cu liq. c. r. pe cornee şi inoculările intracerebrale făcute şi în serviciul nostru asupra epurelui au fost negative.

4. *Varlam Aneta* — 11 luni.

A. H. C. şi P. fără importanţă.

Boala actuală ar fi debutat cu vr'o 5 săptămâni înainte cu febră care se pare a fi avut un caracter neregulat la care apoi s'au adăugat vărsături care se repetau de câte-va ori pe zi.

In serviciu prezintă febră cu oscilaţii mari şi care va dura vr'o 10 zile. In plus prezintă vărsături numeroase, crampa cefei şi e foarte abătut.

Puncţia lombară dă: liq. puţin opalescent cu 1690 elemente pe mm.³ în mare majoritate limfo, Nonne şi Pandy intens +, albumină 0,99‰, R. W. +++, reacţia benzocoloidată + în zona sifilitică şi meningitică. R. W. în sânge precum şi Meinicke atât la sugar cât şi la mama lui sunt în schimb negative.

Koch absent în repetate rânduri.

Starea clinică descrisă durează vr'o 10 zile după care copilul se restabileşte repede. Copilul primeşte o injecţie cu Neo. în scop de reactivare, totuş R. W. în sânge şi Meinicke rămân tot negative. La o lună dela intrare liq. c. r. dă: limpede Nonne şi Pandy +, albumină 0.49‰, 86 limfo. pe mm.³, iar R. W. în liquid de data aceasta e negativă.

5. *Barais Pavel* — 12 ani.

A. H. C. şi P. fără importanţă.

Este adus în serviciu pentru febră şi o stare de prostraţiune profundă care durează de vr'o 2 zile. In acest timp a avut şi mai multe vărsături.

La intrare se găseşte: 39°, o stare de inconştienţă, crampa cefei, Kernig, dermografism.

Punctia lombară dă:

Liq. limpede, 30 elemente (limfo.) pe mm.^{3}, Nonne şi Pandy +, Cloruri 7,20°/$_{00}$ albumină 0.49°/$_{00}$, glicorachia 0.67°/$_{00}$, Koch absent în peliculă, Malarie absent în sânge.

Cu toată această stare alarmantă, febra scade după 2 zile, starea copilului se ameliorează progresiv şi 8 zile dela întrare ese vindecat clinicește.

6. *D-tru Amarandei* — 9 ani.

Bolnav de 5 zile cu febră, vărsături şi diaree. Intră în serviciu cu 39°, vărsături, dureri de cap. Prezintă crampa cefei, n'are Kernig, prezintă dermografism, bradicardie.

Liq. c. r. limpede cu 110 limfo. la I. examen şi 240 la al II, Nonne şi Pandy +, albumine 0.33 la I şi 0.60 °/$_{00}$ la a II. examen, cloruri 8 gr. la primul şi 6,33 gr. la al doilea examen, glicorachia 0.91 la I. şi 0.64 la II. examen; Koch absent în peliculă la ambele examene, Malaria —, S. R. W. —.

Febra mai durează 5 zile după internare, iar fenomenele clinice se atenuează treptat aşa că după 3 săptămâni ese vindecat.

7. *Costică Arghir* — 13 ani.

A. H. C. şi P. fără importanţă.

Vine pentru febră, vărsături şi cefalee care s'au instalat treptat, treptat, cu o săptămână înainte.

La intrare: 38^1, dureri de cap, crampa cefei, Kernig, dermografism, puls bradicardic.

Liq. c. r. opalescent; reacţia leucocitară aşa de intensă că nu se poate număra, cu limfo. în mare majoritate, numeroase elemente distruse. Nonne şi Pandy +, albumină 0.64°/$_{00}$, cloruri 6.77°/$_{00}$, glicorachie 0.50°/$_{00}$; absenţa de microbi pe lamă şi culturi, absenţa b. Koch în peliculă la examene repetate.

Ese vindecat după 20 zile.

La plecare găsim încă în l. c. r. 37.5 limfo, Pandy slab +, Nonne —, cloruri 6,79°/$_{00}$, glicorachie 0.69°/$_{00}$, albunină 0.22°/$_{00}$.

8. *D-tru Anghel* — 7 luni.

A. H. C. şi P. fără importanţă.

Vine pentru febră, vărsături, somnolenţă şi înţepenirea cefei şi coloanei vertebrale care durează cam vr'o 5 zile.

Temperatura 39⁵; nu găsim crampa cefei nici Kernig; membrul superior drept e animat însă de tremurături trecătoare fiind ţinut în flexiune. Prostraţiune.

Puncţia lombară dă: liq. limpede, 134 limfo pe mm.³; cloruri la l. examen 8 gr., la al II. 6,92, glicorachia, 0,85‰. Pandy şi Nonne +, albumina 0.19 la I şi 0.99% la al II. examen.

Koch absent, nici un microb pe lamă şi culturi. Inoculările cu liq. c. r. intraperitoneal şi intracerebr. la maimuţă făcută la Inst. Cantacuzino au rămas negative. Ese vindecat după 4 săptămâni prezentând încă uşoară reacţie din partea liq. c. r. Nonne şi Pandy +, albumină 0.49 şi 15 elemente pe mm.³.

9. *V. I.* de 14 ani (căutat în oraş).

Bolnav de 6 zile, prezentând febră (38°—39°) dureri de cap, vărsături, constipaţie. In urma puncţiei lombare medicul a pus diagnosticul de *Meningită Tbc.*

Când vedem bolnavul prezintă crampa cefei, Kernig, dermografism, puls neregulat.

Puncţia lombară dă: liq. limpede, 205 limfo. pe mm.³, cloruri 7.15‰, Nonne şi Pandy +, albumina 0·45‰, glicorachie 0.58‰. Bacilul Koch căutat în peliculă absent.

După 4—5 zile fenomenele au început a se amenda şi către a 20-a zi de boală, pacientul e vindecat.

10. *I. Pr.* — 6 ani.

Nu se simţea bine de câte-va zile apoi se instalează febră şi fenomene meningeale. In urma puncţiei lombare medicul pune diagnosticul de Meningită Tbc.

Chemat a vedea copilul în a 7-a zi găsesc: un copil abătut, cu cefalae, 1—2 vărsături pe zi, uşoară crampă a cefei, uşor Kernig atitudine în cocoş de puşcă. Puncţia lombară dă:

Liq. limpede, 180 elemente pe mm.³, (limfo), albumină 0,55‰ Nonne şi Pandy +, cloruri 6.58‰; bacilul Koch căutat în 3 rânduri în peliculă. Copilul se vindecă în a 18-a zi de boală.

Trecând în revistă observaţiunile noastre vedem că ele privesc copii dela câteva luni până la 14 ani cu predominenţa foarte marcată a sexului masculin.

In ce priveşte debutul boalei el nu are nimic constant, uneori fiind brusc surprizând copiii în plină sănătate, iar alteori fiind insidios. La unii bolnavi simptomele meningeale s'au instalat în cele câteva zile care au succedat debutului, pe câtă vreme la 3 din ei ele au fost precedate de o stare infecţioasă neprecisă care a putut dura câteva săptămâni.

Durata boalei a oscilat în majoritatea cazurilor în jurul a 20 zile; în două cazuri, numai, nu a depăşit 12 zile.

In ce priveşte evoluţia, ea a fost în mod invariabil bună cu toate că uneori aspectul boalei era foarte sever.

La câţiva însă, cu toată vindecarea clinică persista încă timp îndelungat iritaţia meningelor care se punea în evidenţă prin caracterele anormale ale lig. c. r. La un bolnav am întâlnit o recădere.

In ce priveşte simptomatologia acestor meningite vedem că ea are cea mai mare asemănare cu aceea a M. Tbc. în aşa fel că prima impresiune ce aveai, mai ales atunci când bolnavul era văzut la câteva zile dela începutul boalei, era că te aflai în faţa unei M. Tbc.

S'a căutat a se pune în evidenţă câteva trăsături distinctive între facies-ul bolnavilor atinşi de acest fel de Meningită şi a celor atinşi de M. Tbc. în sensul că aceşti din urmă au o înfăţişare mai supărăcioasă, o atitudine mai ostilă şi se supun cu mai multă rea voinţă examenului medicului decât cei dintâiu. Se poate ca acest lucru să se fi întâlnit uneori dar după experienţa noastră acest lucru este departe de a constitui regula.

Impresiunea că te afli în faţa unei M. Tbc. se găsea întărită prin caracterele liq. c. r. care erau identice cu acelea din M. Tbc.

Este adevărat că am întâlnit printre aceste caractere unele nuanţe care erau de natură a reţine atenţiunea noastră şi a ne impune oarecare rezervă în enunţarea diagnosticului de M. Tbc. cum de pildă cantitatea zahărului, glicorachia care nu era micşorată în cazurile în care a fost căutată şi mai cu seamă aceea a clorurilor care în nici unul din cazurile noastre nu s'a coborât sub 6,50 gr. (ba, din contră, în 2 cazuri s'a urcat până la 8 gr.).

Se ştie, în adevăr, că în M. Tbc. aceste 2 substanţe sunt scăzute în liq. c. r.

S'ar părea, deci, că prezenţa lor în cantitate normală în liq. c. r. să ne facă să înlăturăm diagn. de M. Tbc.

Aşa ar urma să fie dacă totdeauna aceste substanţe ar fi scăzute în M. Tbc. şi mai ales scăzute într'un procent apreciabil. Din nefericire regula comportă excepţiuni care nu sunt atât de rare şi noi înşine am întâlnit cazuri de M. Tbc. în care nu numai că Cl Na nu era scăzut dar, din contră, era sporit; în schimb în 2 din observ. Prof. Slătineanu şi Bălteanu, analoage cu ale noastre, Na cl era scăzut: 5,30 gr. într'un caz şi 4,80 gr. în celalalt.

Acelaşi remarcă se poate face şi în privinţa glicorachiei.

Deci aceste particularităţi nu erau în cazurile noastre de natură a înlătura diagnosticul de M. Tbc.

O altă particularitate a liq. c. r. invocată de unii spre a servi la distincţiunea între aceste Meningite şi M. Tbc. ar fi intensitatea însăşi a reacţiunei leucocitare din liq. c. r. care ar fi mult mai discretă în M. Tbc.

Dar şi aci vom observa că dacă, în general, lucrurile se petrec astfel abaterile dela acest lucru sunt departe de a fi rare. Noi am întâlnit, în adevăr, destul de numeroase cazuri de M. Tbc. în care Nr. limfocitelor depăşea 600—700 pe mmc. ba, chiar, în câteva cazuri numărul lor era atât de mare în cât era anevoie de socotit. In schimb, s'a putut vedea că în unele din observaţiunile noastre reacţia leucocitară era foarte moderată.

Oare nu există atunci, un mijloc mai sigur care să permită să se distingă aceste 2 feluri de Meningită atât de asemănătoare unul cu altul? Da, există un mijloc şi el e cunoscut de mult, dar în practică, nu este utilizat în mod curent.

E vorba de căutarea b. Koch în liq. c. r. Prezenţa sa în adevăr, impune diagnost. de M. Tbc.

Dar se pune întrebarea: B. Koch se găseşte totdeauna în caz de M. Tbc.? Se crede în deobşte că punerea sa în evidenţă este anevoiasă şi că căutarea lui rămâne negativă, de obicei, de aceia medicii se mulţumesc cu un liq. c. r. limpede şi cu limfocite pentru a diagnostica o M. Tbc. lucru pe care observaţiunele ce v'am cetit arată că e o eroare.

In realitate, şi deşi căutarea b. Koch în liq. c. r. e anevoiasă şi reclamă multă răbdare din partea cercetătorului, ea este de cele mai multe ori pozitivă în caz de M. Tbc. Aceasta, în serviciul nostru, se întâmplă în 85% din cazuri la un prim examen, la 93% la examene repetate.

Deci am putea spune că mai de grabă este rar a nu găsi b. Koch decât de a-l găsi.

Pentru aceasta, însă, nu trebue căutat în depozitul de centralizare ci în pelicula care se formează prin repaos mai ales după şedere a liquidului 18—24 ore la etuvă. Pelicula se disociază cu foarte multă atenţie şi răbdare, se colorează apoi cu Ziehl şi apoi se examinează cu tot atât de multă răbdare (1/4 ore—1 şi chiar mai mult).

S'a spus că prezenţa b. Koch în liquid coincide cu scăderea Na cl. Aceasta nu poate constitui o regulă de oarece noi am găsit b. Koch cu o concentrare normală şi chiar crescută a Na cl. (7,50 gr.). Căutarea directă în liq. c. r. a bacilului constitue metoda cea mai repede de a-l pune în evidenţă de oarece culturile a Löwenstein şi inoculările reclamă un interval de timp cu mult prea mare pentru familia torturată de îngrijorare.

Absența persistentă a b. Koch, la examene repetate, precum și evoluția favorabilă, desmint natura bacilară a boalei pe care făcea s'o bănuim simptomele clinice precum și caracterele liq. c. r. prea cu grabă interpretate.

Sunt totuși autori cari în ciuda absenței b. Koch și a vindecărei meningitei consideră, totuși, aceste cazuri ca fiind tot de natură tuberculoasă dar datorită nu bacilului ci ultravirusului care, grație unei virulențe mai mici ar îngădui o evoluție favorabilă a boalei.

Fără să constatăm posibilitatea unor asemenea cazuri, trebue să amintim că noi, în cazurile în care am încercat lucrul, precum și ceilalți cercetători, n'am reușit a pune în evidență prezența ultravirusului prin inoculări la Cobay și însemânțări pe Löwenstein. Și chiar dacă s'ar admite că lucrul se poate întâmpla uneori ar fi exagerat și excesiv de a generaliza lucrul.

Și la urma urmei ultravirusul există de când există și b. Koch și atunci ne putem întreba de ce meningitele de care ne ocupăm n'au fost semnalate decât în ultimii ani?

Deci este dovedit că există, în adevăr, meningite care au cea mai mare asemănare cu M. Tbc. și care, totuși, nu sunt de natură tuberculoasă. Este, deci, foarte natural ca să ne întrebăm care e cauza, care e natura lor?

In această ordine de idei s'a pus întrebarea dacă aceste meningite constituesc un grup de cazuri clinice asemănătoare dar datorite unor cauze diferite sau dacă, nu cumva, n'ar trebui considerate ca o entitate aparte datorită uneia și aceleiași cauze?

Autorii cari s'au ocupat de curând de această chestiune nu împărtășesc același mod de a vedea.

Astfel Koch și colaboratorii săi socotesc că cea mai mare parte din aceste meningite sunt datorite virusului encefalitei letargice. E primul, de altfel, care recunoaște că nu poate sprijini prin nimic această afirmațiune.

Intrucât ne privește și fără să putem respinge, a priori, această afirmațiune, vom observa că în encefalita epidemică reacția liq. c. r. nu e caracterizată nici prin o puternică reacție celulară (limfo.) nici prin procentul scăzut de glicorachie întâlnite în cazurile noastre, precum și ale altor autori. Și, apoi, pentru ce această localizare exclusivă pe meninge a virusului encefalitic s'ar întâlni tocmai acum, când frequența encefalitei letargice a scăzut mult, pe câtă vreme ar fi fost mult mai natural ca această formă de encefalită, care s'ar putea numi frustă, să se fi întâlnit cu vr'o 10—15 ani în urmă atunci

când encefalita epidemică era cu mult mai frequentă. De altfel inoculările cu liq. c. r. dela 2 din bolnavii noştri de către Dl Prof. Ionescu Mihăeşti au dat rezultat negativ din acest punct de vedere.

Alţi autori, în special Netter, consideră aceste meningite că ar fi datorite în majoritatea lor virusului poliomielitic. Unele experienţe pe animale ar părea să-i dea dreptate, dar această etiologie nu poate fi în mod rezonabil extinsă la majoritatea cazurilor şi încă mai puţin la totalitatea cazurilor. Vom remarca că în cele 2 cazuri în care s'au făcut inoculări la maimuţe cu liq. c. r. nu s'au obţinut nici simptome clinice nici leziuni anatomopatologice de poliomielită. Şi apoi vom face aceeaşi obiecţiune ca pentru encefalita letargică şi anume de ce această formă frustă de poliomielită nu s'a întâlnit în epidemiile studiate în străinătate şi pentru ce la noi în ţară n'am întâlnit-o în epidemiile de poliomielită din 1927—1929 ci, din contră, o întâlnim acum când nu se văd decât cazuri sporadice de poliomielită?

Unii autori caută a retaşa aceste Meningite la o infecţie spirilară. Spirochetosa ictero hemoragică.

S'au descris în străinătate cazuri de meningite asemănătoare celor ale noastre şi care au devenit numeroase în ultimii ani şi datorite spirochetei icterohemoragice. Vom remarca în această privinţă că infecţiunea aceasta este aproape cu totul necunoscută la noi şi atuncea ne-am putea întreba cum s'ar face ca această infecţiune excepţională la noi să nu se mai manifesteze decât tocmai şi în mod exclusiv sub un aspect care nu îi este clasic şi deci nu îi este obişnuit?

Toate celelalte cauze care s'ar putea invoca ca sifilisul, malaria, oreillon-ul, herpes-ul pot fi cu siguranţă eliminate din etiologia cazurilor noastre (cercetări negative de laborator, lipsă de condiţiuni epidemiologice) şi de aceea rolul lor etiologic nu face să fie discutat.

Astfel suntem nevoiţi a mărturisi ignoranţa noastră din acest punct de vedere. Dacă unele din cazurile publicate ar putea fi atribuit cutărei sau cutărei cauze cunoscute, cele mai multe şi în special, cele relatate în această lucrare, rămân fără etiologie cunoscută.

Rămâne dovedit, deci, că un destul de mare număr de meningite publicate şi a căror particularitate este de a avea cea mai mare asemănare clinică cu M. Tbc. de a se traduce, ca şi ea, prin limfocitoză rachidiană dar, în schimb, de a se termina prin vindecare, nu pot fi atribuite nici uneia din cauzele actualmente cunoscute.

De aceea nu e de mirare dacă s'a pus întrebarea dacă nu ar fi vorba de un grup de fapte clinice având autonomie etiologică şi care ar urma să fie precizată. Hipoteza merită să fie reţinută şi ca consecinţă să se întreprindă cercetări în acest sens, atât pe tărâmul clinic, cât şi experimental.

In aşteptare şi din punct de vedere practic dorim să atragem atenţiunea confraţilor asupra acestei categorii de meningite şi de a-i angaja de a nu pune diagnostic de M. Tbc. decât în urma răspunsului afirmativ al laboratorului în ceeace priveşte prezenţa b. Koch în liq. c. r.

Disociaţiile atrio-ventriculare *)

de **I. Enescu.**

Am ales acest subiect pentru conferinţa de astăzi nu numai pentru importanţa lui, cât mai ales pentru faptul că ne face, să pătrundem în fiziologia normală şi patologică a inimei.

Din cele publicate şi cunoscute până în prezent am căutat să fac aceste tablouri, care ne vor ajuta să înţelegem mai uşor această turburare în funcţiunea inimei, precum şi raportul ei cu celelalte turburări de ritm ale inimei.

Normal excitaţia, stimulul, care va produce sistola cardiacă, sistola auriculară ca şi cea ventriculară, pleacă din nodul sino-auricular al lui *Keith-Flack*. Stimulii se formează într'acest centru ritmic la intervale de 0"8, ceea ce înseamnă că ritmul acestui centru este de c. a. 72 pe minut. El este supus influenţei nervilor extracardiaci: vagul şi simpaticul, care pot face ca ritmul să fie mai rar sau mai frequent. Dacă în mod normal stimulul pleacă numai dintr'acest centru, în stări patologice el poate pleca şi din alte părţi ale inimei, întotdeauna însă numai din sistemul atrio-ventricular, formarea de stimuli fiind proprietatea exclusivă a sistemului special atrio-ventricular. Pot pleca stimuli din vecinătatea nodului sino-auricular, din vecinătatea orificiului venei coronare, din diferite părţi ale nodului *Aschoff-Tavara*, din trunchiul şi ramurile (dreaptă şi stângă) a fasciculului lui *His*. Intr'aceste părţi ale sistemului atrio-ventricular stimulii se formează mai rar, ceea ce face ca ritmul lor să fie mai rar, ritmul nodului *Aschoff-Tavara* este de 40—50 pe minut şi ritmul idio-ventricular de 30—40 pe minut. Din cauză că ritmul acestor centri, care se numesc secundari şi terţiari, este mai rar decât ritmul nodului sino-auricular, sistolele cardiace sunt produse în mod normal de stimulii sinusali (din nodul sino-auricular). Stimulul, care

*) Conferinţă ţinută în ziua de 16 Octomvrie 1936 cu ocazia zilelor medicale din Sibiu.

pleacă dintr'acest centru, trece prin sistemul Hissian la myocard, produce sistola cardiacă, dar în drumul lui prin sistemul atrio-ventricular descarcă, anihilează, energia care se forma în toţi ceilalţi centri, astfel că aceşti centri secundari şi terţiari (cu un ritm mai rar) nu au timpul necesar spre a-şi forma stimulii lor propri.

Stimul care plecat dintr'un centru produce o sistolă cardiacă auriculară sau ventriculară, este un stimul efectiv; sunt şi stimuli, care formaţi într'un centru, nu produc contracţiunea myocardului, fiindcă în momentul când ajung găsesc myocardul în perioada refractară. Stimulii trebue să ni-i închipuim ca o energie (cum ar fi de ex. energia electrică) a cărei natură n'o cunoaştem. *Lewis* a deosebit excitaţii (stimuli) de natură fiziologică şi excitaţii nefiziologice care ar fi de compoziţie anormală şi el le-a numit excitaţii homogenetice şi heterogenetice. A fost condus la această diferenţiare mai cu seamă din cauza acţiunei diferite ai nervilor extracardiaci asupra acestor excitaţii, care se formează în sist. atrio-ventricular. In prezent nu facem o deosebire între natura însăşi a acestor stimuli şi admitem numai că ei se pot forma în nodul sino-auricular şi în centrii secundari şi terţiari.

Din cele spuse până acum reesă, că *stimuli efectivi se pot forma în centrii secundari şi terţiari numai în două condiţii şi anume:*

I. *Când ritmul centrilor secundari şi terţiari este mai frequent decât ritmul nodului sino-auricular,* fie că:

1. Ritmul centrului sinusal este mai rar decât în stare normală aşa cum se întâmplă în ceea ce *Lewis* numeşte „escaped beats", francezii numesc „systoles par échappement" sau „échappement ventriculaire", şcoala germană „Ersatzsystolen" şi noi systole de înlocuire. Intr'acest caz ritmul nodului sino-auricular fiind prea rar, unul din ceilalaţi centri are timpul necesar, spre a-şi forma stimulul, care trecând în myocard îl găseşte eşit din perioada refractară şi va produce o sistolă cardiacă;

Fie că:

2. Ritmul centrilor secundari-terţiari este mai frequent decât ritmul normal al acestor centri din cauza unei excitaţii anormale a acestor centri printr'un proces patologic sau prin acţiunea unei substanţe toxice: proces inflamator (rheumatism, etc.), ischemie degenerescenţă, impregnaţie toxică (rheumatism, difterie), impregnaţie toxică (digitală, muscarină, physostigmină strichnină, adrenalină), presiunea intracardiacă mărită, excitaţia simpaticului stâng la câne *(Kaufman şi Rothberger).*

II. *Când centrii secundari-terţiari sunt apăraţi contra acţiunei stimulului plecat din nodul sino-auricular printr'un blockaj care poate fi:*

1. Anatomic, leziunea anatomică a fasciculului atrio-ventricular, care produce un block total sau parţial, sau

2. blockaj funcţional, fără leziuni ale fasciculului atrio-ventricular, In acest blockaj cuprindem ceea ce *Lewis* a numit „unidirectional block" şi ceea ce *Kaufman* şi *Rothberger* au numit „Schutzblockierung" (bloc de apărare). Unidirecţional block a fost denumit din cauză că blockajul este numai intr'o singură direcţie, adică excitaţia care vine din nodul sino-auricular nu poate pătrunde în centrul secundar sau terţiar pe când stimulul, care se formează într'acest centru poate eşi şi trece în fasciculul atrio-ventricular spre myocard. Se deosebeşte prin urmare de blockul anatomic, pe care îl cunoaştem, prin faptul că în aceasta din urmă excitaţiile nu pot trece nici într'o direcţie, toate se opresc la nivelul leziunei indiferent de direcţia din care vin. Blockaj de apărere, „Schutzblockierung" se numeşte din cauză că acest bloc ar apăra centrul secundar sau terţiar de invazia, pătrunderea stimulului sinusal. Autorii vienezi deosebesc 2 forme de blockaje funcţionale, care s'ar putea forma în jurul unui centru activ: 1. un block de intrare „Eintritsblockierung" şi 2. un block de eşire „Austrittblockierung". In primul excitaţia din nodul sino-auricular nu poate pătrunde în centrul sec.-terţiar, aşa cum se întâmplă în aşa numitele pararythmii, într'al doilea excitaţiile, care se formează în aceşti centrii, nu pot trece toate în afară, în sistemul atrio-ventricular spre myocard aşa cum s'ar întâmpla în unele extrasistole. Tot într'acest block funcţional unidirectional trebue să punem şi ceea ce *Wenckebach* numeşte îngreuiarea conductibilităţei retrograde şi despre care vom vorbi mai târziu.

Când stimuli efectivi se formează în alţi centri decât în nodul sino-auricular se poate că:

I. Nodul sino-auricular să fie anihilat în funcţiunea lui aşa cum se întâmplă în Tachycardia paroxistică auriculară şi nodală precum şi în ritmul nodal de o durată mai lungă. Uşor de înţeles că aceşti centri (auriculari şi nodali) cu un ritm mai frequent decât cel sino-auricular să conducă inima, excitaţiile plecate dintr'aceşti centrii se transmit la nodul sino-auricular, care nu mai are posibilitatea să-şi formeze stimulul normal.

II. Nodul sino-auricular îşi păstrează automatismul, există de fapt 2 centrii activi. Aceasta a fost denumită de *Kaufmann* şi *Rothberger* pararythmie sau para-systolie, In această stare se poate,

deşi sunt 2 centri activi, 1. ca sistolele auriculare şi ventriculare să fie produse de excitaţia care pleacă numai dintr'un singur centru, când dintr'unul când din celălalt, aşa cum se întâmplă în unele extra-sistole sinusale, auriculare sau nodale sau 2. ca sistolele auriculare să fie produse de stimulul care pleacă din nodul sino-auricular pe când sistemele ventriculare de excitaţia plecată din celălalt centru activ şi într'acest caz avem o *disociaţie auriculo-ventriculară*. In extrasistolele ventriculare sistolele ventriculare sunt produse de excitaţia care pleacă dintr'una din ramurile fasc. His, pe când cele auriculare de excitaţia plecată din nodul sino-auricular, însă această turburare este de scurtă durată şi n'o cuprindem în disociaţiile auriculo-ventriculare. Numai când o astfel de turburare durează un timp mai lung vorbim de disociaţie atrio-ventriculară. Prin urmare în disociaţia atrio-ventriculară sistolele auriculare sunt provocate de excitaţia plecată din nodul sino-auricular pe când sistolele ventriculare de excitaţiile plecate din alt centru şi acesta este nodul *Aschoff-Tawara*, există 2 centri activi, nodul sino-auricular şi nodul Aschoff-Tawara, care dau naştere amândoi la stimuli efectivi.

Cea mai uşor de înţeles şi mai tipică disociaţie a.—v. este acea, pe care o întâlnim în blockul total auriculo-ventricular, consecinţa leziunei anatomice a fasciculului lui *His*. Excitaţiile din auricul nu pot trece în ventricul şi centrii ventriculari au timpul să-şi formeze stimulii proprii, apare ritmul idio-ventricular cu o frequenţă de 30—40 pe minut. Disociaţii a.—v. putem întâlni şi în block parţial atunci când excitaţiile din auricul trec foarte rar spre ventricul, lăsând sistemului Hissian ventricular timpul necesar spre a-şi forma stimulii proprii. Şi într'acest caz sistolele auriculare au o frequenţă normală, pe când sistolele ventriculare sunt mai puţin frequente din cauză că ritmul centrului ventricular este mai rar, Deosebirea dintre disociaţiile din blockul total şi cele din blockul parţial este că în cele din urmă mai pătrunde din când în când în ventriculi o excitaţie sinusală, care produce o sistolă ventriculară (captură ventriculară). Disociaţii a.—v. pot exista şi fără leziuni anatomice ale sistemului atrio-ventricular, fără block anatomic. Disociaţie există şi în tachycardia paroxistică ventriculară de tip drept sau stâng, ştiind că excitaţiile care pleacă din cele 2 ramuri ale fasc. His nu trec în auricul, astfel că auriculii rămân sub influenţa centrului sinusal. In tachycardia paroxistică ventriculară mai important decât disociaţia sunt însă leziunile myocardului, care dau un caracter clinic şi o gravitate deosebită acestei afecţiuni, din care cauză nu cuprindem tachycardia paroxistică ventriculară în capitolul disociaţiilor auriculo-

ventriculare. Se mai adaugă faptul că pe electrocardiogramă nu putem distinge unda auriculară, care ar fi produsă de stimulul sinusal.

In disociaţiile fără block anatomic cuprindem: 1. aşa numitele disociaţii cu interferenţă şi 2. disociaţiile isorythmice.

Mobitz le-a numit pe cele dintâi „interferenz-dissociation", iar *Wenckebach* în urmă a preferat denumirea de disociaţii cu interferenţă. In aceste disociaţii, al doilea centru activ este nodul *Aschoff-Tavara*, al cărui ritm este mai frequent decât ritmul nodului sino-auricular. Sistolele auriculare sunt produse de stimulii care pleacă din nodul sino-auricular, sistolele ventriculare de stimulii care pleacă din nodul *Aschoff-Tavara*. In toate observaţiile cunoscute ritmul ventricular este mai frequent decât cel auricular. Disociaţia însă nu este completă, fiindcă unele excitaţii din auricul pot trece din când în când în ventricul şi pot produce o sistolă ventriculară. Din această cauză au fost numite disociaţii cu interferenţă, există o interferenţă a celor 2 ritmuri. Autorii francezi numesc aceste sistole ventriculare produse de stimulul sinusal „capturi ventriculare". In aceste disociaţii, anormală este starea nodului *Aschoff-Tavara*, al cărui ritm este mai frequent decât ritmul nodului sino-auricular şi al doilea fapt anormal este că excitaţiile din nodul *Aschoff-Tavara*, nu se propagă în auricul şi spre nodul sino-auricular. Normal o excitaţie care pleacă din nodul *Aschoff-Tavara* se propagă şi spre ventricul şi spre auricul şi dacă ritmul lui este mai frequent va conduce inima (aşa cum se întâmplă în ritmul nodal), ceilalţi centri, inclusiv cel sino-auricular, nemai având timpul să-şi formeze stimulii propri. Pentru explicaţia acestui din urmă fapt trebue să admitem un block funcţional unidirecţional, care permite excitaţiilor auriculare să treacă spre auricul, dar nu permite excitaţiilor din nodul *Aschoff-Tavara* să treacă spre auricul. Este vorba de un block funcţional special şi deosebit de blockul anatomic; în aceasta din urmă excitaţiile nu pot trece nici într'o direcţie din cauza leziunilor destructive al esistemului atrio-ventricular. *Wenckebach* vorbeşte de o îngreuiare a conductibilităţei retrograde, de preferat însă este „undirectional block" al lui *Lewis*, care explică şi alte stări patologice ale inimei.

Wenckebach deosebeşte 2 forme de disociaţii cu interferenţă fără leziuni anatomice: *a)* fără legătură între ritmuri, în care se observă o pauză compensatorie după captura ventriculară şi *b)* cu legătură între ritmuri fără pauză compensatoare, după captura ventriculară.

Primele au fost obţinute numai experimental de către *Rothberger* şi *Winterberg*, al doilea sunt cele care le întâlnim în clinică. Intr'aceste din urmă excitaţia sinusală, care a trecut în ventricul pătrunde

şi în locul unde se forma stimulul (în nodul *A.-Tavara*) îl descarcă şi el începe, să-şi formeze din nou stimulul din acest moment al pătrunderii excitaţiei sinusale, de aceea nu există o pauză compensatoare şi de aceea îl denumeşte cu legătură între ritmuri. In clinică ne interesează numai această formă de disociaţie cu interferenţă.

Şi în disociaţiile, pe care le întâlnim în blockul anatomic parţial (incomplect) există o interferenţă de ritmuri, şi din această cauză *Wenckebach* le clasifică tot între disociaţiile cu interferenţă.

Disociaţiile isorythmice sunt cele mai rare. Sunt 3 observaţii publicate de *Gallavardin*, *Dufourt* şi *Petzetakis* sub numele de: „Automatisme ventriculaire intermittent spontané ou provoqué par la compression oculaire et l'injection d'Atropine" şi 2 cazuri din clinica noastră publicat de mine împreună cu Văcăreanu. Denumirea de disociaţie isorytmică a fost dată de *Veil* şi *Codina-Altès*, care au restudiat în tratatul lor de Electrocardiografie, observaţiile lui Gallavardin.

In toate aceste cazuri ritmul nodului sino-auricular este mai rar decât în stare normală (inhibiţie sinusală) şi ritmul nodului Aschoff-Tavara este egal cu ritmul sinusal. Pe toate electrocardiogramele se vede, că ritmul celor 2 centri este egal şi complect independent unul de altul. Ca o disociaţie isorytmică să poată lua naştere, nu este deajuns ca ritmul celor 2 centri activi să fie egal, ci mai trebue ca stimulii ambilor centri să fie sincroni sau ca intervalul de timp, care separă declanşarea celor 2 stimuli să nu fie mai mare decât timpul în care stimulul ar parcurge distanţa dela un centru la celălalt, altmintrelea unul din centri ar anihila pe celălalt şi ar lua conducerea inimei. Această disociaţie se deosebeşte de disociaţia cu interferenţă prin faptul că ritmul ventricular este egal cu cel auricular şi nu există interferenţă de ritmuri (capturi ventriculare), iar pentru explicaţia lor nu avem nevoe să facem să intervină blocajul unidirectional. In tratatul şi atlasul de Electro-cardiografie al lui *Dresler* se găseşte o electrocardiogramă, în care vedem o disociaţie de foarte scurtă durată cu ritm auricular egal cu cel ventricular, aceste cazuri se deosebesc de disociaţiile isorytmice, despre care am vorbit, fiindcă după 2 sistole cardiace în care se constată disociaţia, apare o sistolă cardiacă de origină nodală. Din această cauză nu le numărăm printre disociaţiile isorytmice ci le considerăm ca şi autorul ca o „activitate disociată a auriculilor şi ventriculilor din cauza activităţei neregulate a centrului sinusal".

Veil şi *Codina-Altès* au deosebit 3 forme de disociaţii isorythmice: 1. d. isorith. sino-ventriculare în care ritmul auricular şi ventricular sunt perfect regulate, 2. d. isoryth. sino-ventriculară cu aritmie

sinusală cu ritm auricular neregulat şi ritm ventricular regulat şi 3. d. isor. sino-nodală cu ritm auricular regulat şi ritm ventricular neregulat. In cazurile noastre atât ritmul auricular, cât şi cel ventricular erau neregulate, deci ar trebui să le numim, disociaţie isorythmică sino-nodală cu aritmie sinusală.

Această clasificare nu ni se pare bună, fiindcă nu se poate vorbi de o disociaţie isoryth. sino-nodală şi de una sino-ventriculară, în toate cazurile cei doi centri activi erau nodul sino-auricular şi nodul Aschoff-Tawara, deci toate sunt sino-nodale. Am putea numai să deosebim o disociaţie isorythmică sino-nodală cu ritm auricular regulat şi una sino-nodală cu ritm auricular neregulat. Ambele noastre cazuri erau disociaţii isorythmice sino-nodale cu ritm auricular neregulat.

In rezumat avem:

Disociaţii auriculo-ventriculare cu block anatomic complect şi cu block anatomic incomplect, în care ritmul auricular este mai frequent decât cel ventricular, disociaţii cu interferenţă cu ritm ventricular mai frequent decât cel auricular, în care admitem un block funcţional unidirecţional şi disociaţii isorythmice cu ritm auricular egal cu cel ventricular.

TABLOUL I.

Stimulus efectiv din centrii secundari şi terţiari

- I. Ritmul centrilor secundari şi terţiari este mai frequent decât ritmul nodului sino-auricular
  - 1. Ritmul nodului sino-auricular este mai rar
    - Escapet beats =
    - Systoles par échappement =
    - Ersatz systolen =
    - Sistole de înlocuire
  - 2. Ritmul centrilor secundari-terţiari este mai frequent decât ritmul normal al acestor centri
    - proces inflamator (rheumatism etc)
    - ischemie
    - degenerescenţă
    - impregnaţie toxinică
      - rheumatism
      - difterie
    - impregnaţie toxică
      - digitală
      - muscarină
      - physostigmină
      - stricnină
      - adrenalină
    - presiunea intracardiacă mărită
    - excitaţia simpaticului stâng la câne (Kaufmann, Rothberger)
- II. Centrii secundari-terţiari sunt apăraţi printr'un block
  - 1. Leziuni anatomice ale fasc. atrio-ventricular
    - block total
    - block parţial
  - 2. Block funcţional
    - unidirecţional block Lewis
    - Schutz blockierung Kaufamann
    - Rothberger

I. Nodul sino-auricular este surplantat și anihilat în funcțiunea lui { Tachycardia paroxistică auriculară și nodală / Ritm nodal.

II. Nodul sino-auricular își păstrează automatismul, există 2 centri activi = Pararythmie = parasystolie
- 1. Sistolele auriculare și ventriculare sunt produse de stimulul plecat dintr'un singur centru. → extrasistole { sinusale / auriculare / nodale
- 2. Auriculii primesc stimulul dintr'un centru, ventriculii din alt centru
  - *a)* scurtă durată { Extrasistole ventriculare
  - *b)* lungă durată { disociația auriculo-ventriculară.

TABLOUL II.

Disociații auriculo-ventriculare.

Disociații auriculo-ventriculare
- 1. Block total, leziuni destructive în fascicolul atrio-ventricular
- 2. Block parțial. Disociații cu interferență cu ritm auricular mai frequent decât cel ventricular.
- 3. Fără block anatomic
  - *a)* Tachycardia paroxistică ventriculară
  - *b)* Disociație cu interferență cu ritm ventricular mai frequent decât cel auricular
  - *c)* Disociații isorythmice

Interferentz-dissociation Mobitz = Disociații cu interferență Wenckebach
- 1. Leziuni orgnice ale fasc. atrio-ventricular block incomplect { ritm auricular mai frequent decât ritmul ventricular
- 2. Disociații fără leziuni anatomice ale sistemului atrio-ventricular
  - *a)* un centru activ în nodul Aschoff-Tawara
  - *b)* disociație incomplectă = unii stimuli auriculari trec în ventriculi (capturi ventriculare)
    - *a)* fără legătură între ritmuri, pauză compensatoare după captură
    - *b)* cu legătură între ritmuri, nu există pauză compensatoare

Disociații isorythmice
- 1. Inhibiție sinusală = rărirea ritmului nodului sino-auricular
- 2. Accelerarea ritmului nodului Aschoff-Tawara. Ritmul nodului A.-Tawara = ritmul n. sino-auricular
  - 1. Disociație isorythmică sino-ventriculară { ritm auricular și ventricular perfect regulate
  - 2. Disoc. isoryth. sino-ventriculară cu aritmie sinusală { ritm auricular neregulat / ritm ventricular nereg.
  - 3. Disoc. isorythm. sino-nodală { ritm auricular regulat / ritm ventricular neregulat
  - 4. Disoc. isorith. sino-nodală cu aritmie sinusală { ritm auricular neregulat / ritm ventricular neregulat

Expertiza psihologică experimentală *)

de **Dr. L. Ionașiu** și **S. Cupcea**

Problemele în fața cărora este pus expertul psihiatru sunt adesea de o complexitate deosebită, cerând utilizarea mai multor științe ajutătoare medicinei legale. In raportul său asupra expertizei psihiatrice Ed. Toulouse [1]) a arătat că expertiza psihiatrică se face în condițiuni materiale deplorabile, fără ca expertul să aibă la dispoziție metodele și laboratoriile de antropologie criminală necesare. La discuția acestui raport Heuyer a cerut introducerea fișei și a examinării psihologice pe lângă fiecare cazier judiciar. In condițiunile actuale medicul este constrâns să facă o expertiză pur „intuitivă", în timp ce expertiza ar trebui să fie absolut „obiectivă", spune E. Toulouse. Această obiectivitate în domeniul psihic nu se poate ajunge fără utilizarea metodelor psihologiei experimentale. Kretschmer [2]) consideră metodele psihologiei experimentale (măsurarea inteligenței, testele de atenție, memorie, oboseală, timp de reacțiune, reflexul psihogalvanic etc.) ca făcând parte integrantă din expertiza psihiatrică. O utilizare a metodei testelor o cer și Claude și Masquin [3]) în special în ceeace privește problema reintegrării în societate a paraliticilor generali tratați. W. Weber [4]) crede că expertul psihologic ar putea aduce servicii reale prin o colaborare intimă cu juristul și cu medicul. Aceiași colaborare strânsă o cere Prof. N. Minovici care spune: „nu se mai poate să nu ținem seama

*) Comunicare prezentată la Congresul Societății Române de Neurologie, Psichiatrie, Psihologie, Endocrinologie și Medicină Legală din 4—7 Octomvrie 1936 la București.

[1]) Ed. Toulouse: „L'expertise psychiatrique", Société de Médecine légale de France 1934.

[2]) E. Kretschmer: „Manuel théorique et pratique de psychologie médicale". (Trad. Jankélévitch) 1927 p. 403—433.

[3]) H. Claude et P. Masquin: „L'examen du fond mental des paralytiques généraux par la méthode des tests".
Annales méd.-psychol. 1933 II. p. 173—184.

[4]) W. Weber: „Der psychologische Sachverständige"
Ind. Psychot. 1933. p. 85—89.

în expertiză şi de aportul psihologiei experimentale.... Medicul legist cunoscând tehnica şi metodele psihologiei aplicate, va face să progreseze psihologia medicală în folosul medicinei legale şi în special în acela al justiţiei societăţii".[1])

Care sunt cazurile în care metodele psihologiei experimentale pot să-şi aducă aportul lor la lămurirea problemei puse?

E. Sampaio[2]) crede că procedeele psihologiei experimentale utile expertizei legale se pot grupa în: *a)* metode care determină capacitatea individului de a aprecia valoarea actelor (capacitate bazată pe facultăţile mintale ale lui); *b)*; metode care determină forţele activante şi forţele inhibitoare ale individului (afectivitate, sugestibilitate, automatisme etc.) şi *c)* metode speciale de investigaţie (psihodiagnosticul lui Rorschach, psihanaliza, reflexul psihogalvanic etc.). L. Wolfer[3]) grupează metodele psihologice experimentale utilizate de medicina legală în două categorii: *a)* teste care au ca scop să determine starea mintală, aptitudinile mintale ale inculpatului şi *b)* teste care caută să determine legăturile inculpatului cu crima (asociaţia de cuvinte, reacţiuni mintale şi emoţionale la evocarea circumstanţelor crimei, reflex psihogalvanic etc.)

Un rol deosebit îl are psihologia experimentală, în afară de studiul inculpatului, în studiul martorului şi în determinarea valabilităţii mărturiei. F. Stern şi Sacksofsky[4]) cu ocazia unui faimos proces de crimă sexuală (proces provocat de denunţul unei copile de 14 ani) arată relativitatea mărturiei — în special la copii — şi cred că este absolut necesar ca în toate atentatele asupra copiilor să se facă — pe lângă ancheta judiciară, — o examinare psihologică atât a acuzatului, cât şi a pretinsei victime şi a informatorului[5]) H. Herrschmann[6]) cred că rolul psihologului expert este de a executa verificări experimentale în ceeace priveşte memoria martorilor. Kret-

---

[1]) N. Minovici: „Aplicaţiunile psihologiei medicale în medicina legală". Bul. Soc. de Psihol. Medicală Sibiu 1936 II. p. 11—17.

[2]) E. Sampaio: „Methodos psychologicos na pericia psychiatrica". Rio de Janeiro 1932 broşură.

[3]) L. Wolfer: „Die experimentelle Psychologie in Dienste der Rechtsprechung". Münch. med. Woch. 1931 p. 1569.

[4]) F. Stern u. Sacksofsky: „Beitrag zur Psychologie der Aussage bei Sittlichkeitsverbrechen". Z. für angew. Ps. 1933 p. 57—85.

[5]) Unele tribunale au ataşaţi psihologi experţi. Astfel Tribunalul corecţional din Varşovia are ca expert din 1929 pe S. Baley, care se ocupă în special cu mărturia copiilor.

[6]) H. Herrschmann: „Zur Frage der psychologischen Sachverständigen im Strafprozess". Wiener med. Woch. 1933 p. 1025—1030.

schmer în lucrarea citată atrage deasemeni atenţia expertului asupra relativităţii mărturiei şi asupra necesităţii de a utiliza metode obiective pentru stabilirea valabilităţii ei. Schachter[1]) studiind minciuna şi mărturia la copii, cere ca analiza mentalităţii infantile, controlul mărturiilor copiilor să fie rezervate experţilor psihologi. Pentru stabilirea valabilităţii mărturiei A. Roşca[2]) a preconizat o serie de metode psihologice experimentale, bazate pe studiul funcţiunilor mintale care au un rol în faptul mărturiei.

Psihologia experimentală poate să ne ajute apoi — prin metodele psihotehnice — în expertize care privesc capacitatea profesională a unui individ. Aici metodele utilizate sunt acelea ale orientării şi selecţiei profesionale. Tot în domeniul muncii W. Moede[3]) crede că trebue să se facă expertize psihologice în următoarele împrejurări: analiza cauzelor unui accident, stabilirea faptului dacă un joc este de îndemânare sau de hazard; plagiate, patente, etc.

Rezumând cazurile în care metodele psihologiei experimentale pot fi utilizate ca auxiliare preţioase în vederea elaborării unei expertize, avem următorul tablou sinoptic:

a) În domeniul juridic propriuzis.	1. Stabilirea legăturii dintre inculpat şi crimă[4])	*Metode psihologice:* asociaţia liberă timpul de asociaţie asociaţia psihomotorică A. Luria, etc. *Metode psihofiziologice:* Metoda Dr. House Reflexul psihogalvanic Cardio-pneumo-psihograful lui Larson Aciditatea urinară Laignel-Lavastine.

[1]) M. Schachter: „Le Mensonge et le Témoignage chez l'enfant". J. Belge de Neur. et Psych. 1933 p. 643—658.

[2]) A. Roşca: „Psihologia Martorului". Cluj 1934, 1 vol. 156 p.

[3]) W. Moede: „Psychologische und psychotechnische Gutachten vor Gericht". ndustr. Psychot. 1933 p. 138—140.

[4]) Symonds: Diagnosing personality and conduct. Appleton—Newyork 1932. Larson J. A.: „Lying and its detection". The University of Chicago Press 1932. Laignel—Lavastine et G. d'Heucqueville: „Les champs de sensibilité des méthodes galvanométriques et acidométriques dans l'exploration de l'emotivité". Soc. de Méd. légale de France. Février 1933.

Asupra reflexului psihogalvanic la criminali lucrează Prof. Marinescu cu Dr. Copelman şi Dr. Stănescu.

- 2. Stabilirea funcţiunilor mintale ale inculpatului [1]).
  - *a)* determinarea inteligenţei
  - *b)* Starea forţelor active şi inhibitive
  - *c)* starea afectivităţii.
- 3. Martorul
  - *a)* Capacitatea de mărturie
  - *b)* Mentalitatea martorului

b) In domeniul muncii.
- *a)* Determinarea capacităţii profesionale
- *b)* Analiza cauzelor de erori profesionale
- *c)* Analiza cauzelor de accident.

c) In alte domenii.
- plagiate
- jocuri
- patente.

Pentru expertize în vederea măsurilor eugenice (determinarea debilităţii mintale, etc.), nu ne putem de asemenea dispensa de aceste metode.

* * *

In rândurile care urmează vom da câteva cazuri de expertiză analoage celor studiate de autorii citaţi mai sus. Vom arăta — descriind câteva cazuri, — cum am încercat să rezolvăm cu maximum de obiectivitate unele din aceste probleme de expertiză, utilizând şi adaptând împrejurărilor metodele psihologice experimentale.

Cazul 1. Expertiză asupra nivelului mintal. C. P. în etate de 49 de ani, este trimis din partea Tribunalului S. pentru a se stabili dacă prezintă o debilitate mintală reală sau simulează debilitatea mintală. In secţie în curs de 10 zile cât a stat, a prezentat o uşoară tendinţă de a evada dela interogatoriu, ceeace a trezit în medicii secţiei respective suspiciuni în ceia ce priveşte sinceritatea pacientului.

In faţa acestei probleme am raţionat în felul următor [2]): Aplicând pacientului un test de inteligenţă el poate foarte uşor să răspundă mai slab sau să întârzie executarea la probele cotate prin timp, dându-ne ca rezultat un nivel mintal inferior celui real. Dar dând 3 serii de teste de inteligenţă quasi echivalente — dar diferite ca material şi technică — nici un specialist psiholog nu ar putea să simuleze la fiecare test chiar atât, ca rezultatele să fie egale sau aproape egale. Dacă la 3 serii de teste diferite de inteligenţă va da

[1]) Ştefănescu-Goangă: „Instabilitatea emotivă". Cluj 1936.

[2]) In acest caz am utilizat indicaţiunile date de Prof. Ştefănescu-Goangă în volumul „Instabilitatea emotivă" pg. 56—57.

rezultate aproape egale, avem un indiciu serios şi obiectiv în ceiace priveşte sinceritatea examinatului.

Astfel am aplicat acestui individ:

a) Testul Binet-Simon, care este în cea mai mare parte verbal, constând în mare parte din întrebări şi răspunsuri,

b) Testul de performanţă Pintner-Paterson care este neverbal, cerându-se numai reconstituirea unor figuri de lemn şi

c) Testul de grup neverbal (tip. armată americană), adaptat de Institutul de Psihologie din Cluj pentru diferite etăţi, şi care cere executarea unor desene, linii, etc.

Rezulatul obţinut este următorul:

La testul Binet-Simon . . . . . 5 ani 10 luni.

La testul de performanţă. . . . . 6 ani.

La testul de grup. . . . . 5 ani 9 luni.

Coincidenţa rezultatelor este remarcabilă: la trei serii de teste diferite, rezultatele au variat numai cu aproximaţie de 3 luni.

Totuşi pentru a avea o convingere mai puternică am utilizat câteva probe de control: Este un fapt constatat că un individ cu etatea mintală de peste patru ani poate să copieze un pătrat, dar un romb nu poate fi copiat decât după vârsta de 6 ani mintali. Pentru a ne convinge de buna credinţă a pacientului, am amestecat o mulţime de figuri geometrice, între care predominau romburile şi pătratele şi l-am rugat să le copieze. A reuşit să copieze toate pătratele, dar n'a reuşit să copieze nici un romb.

Cercetările psihologice ne-au pus la dispoziţie o mulţime de astfel de posibilităţi de control; putem forma probe de certitudine pentru toate vârstele mintale. Amintim de ex.: în jurul vârstei mintale de 5 ani, definirea noţiunilor se face prin „întrebuinţare" numai pe la 8 ani se defineşte superior folosinţei. (Cazul descris mai sus a definit 100% prin întrebuinţare), Sau de exemplu: la 3 ani etate mintală un individ poate numi culorile alb, roşu şi negru şi numai la 5 ani numeşte galbenul, albastrul şi verdele (desigur dacă nu suferă de achromatopsie).

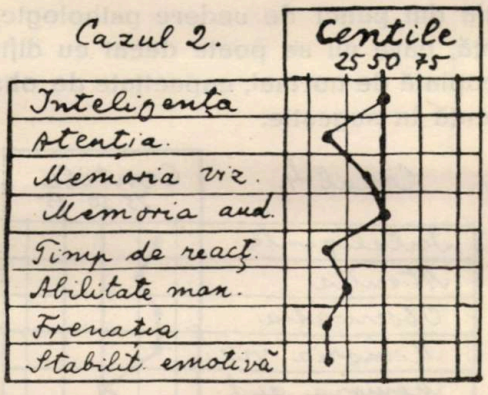
O inversare a ordinei cronologice în rezolvarea probei ne va face să avem multă rezervă în ceiace priveşte sinceritatea examinatului.

In cazul nostru, pe baza corespondenţei dintre cele 3 teste de inteligenţă şi pe baza testelor de control, am conchis pentru o debilitate mintală reală corespunzătoare etăţii de circa 5 ani 10 luni.

Acest caz ne arată că aplicând mai multe teste de inteligenţă quasi echivalente şi un grup de teste de certitudine, putem exclude cu multă probabilitate simularea unui nivel mintal inferior.

S'ar putea presupune că avem cazul unui înapoiat mintal — pregătit şi informat înainte în vederea testului nostru obişnuit de inteligenţă — simulând deci un nivel mintal superior. Noi putem să controlăm acest lucru: 1. Fie aplicând mai multe teste echivalente — simularea echivalentă fiind aproape imposibilă, fie 2. Având un test de inteligenţă secret, cum au majoritatea laboratoarelor psihologice, pentru cazuri excepţionale.

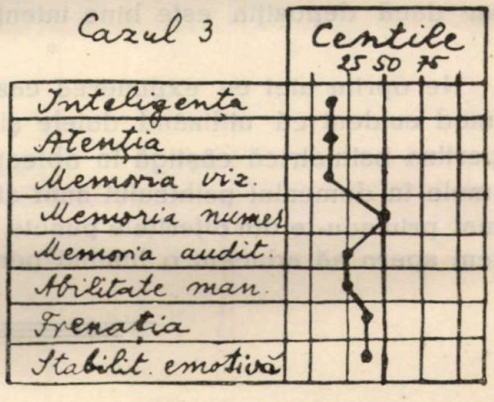
Cazul 2. Aviz asupra capacităţii profesionale. Societatea de tramvaie este în proces cu un wattman pe care l-a pensionat din cauza incapacităţii profesionale şi a agresivităţii. Justiţia ne pune întrebarea dacă într'adevăr wattmanul prezintă o incapacitate în profesiunea sa şi defecte emotive mai importante.



Noi am făcut acestui wattmant un examen psihotechnic şi psihologic (Fig. 1). Am constatat următoarele: *a)* Atenţia cu Testul Toulouse-Piéron foarte scăzută; *b)* Timpul de reacţiune cu aparatul d'Arsonval foarte încet; *c)* Capacitatea de frenaţie (cu Testul Downey) scăzută, de asemenea şi abilitatea manuală la tremometru; *d)* stabilitatea emotivă scăzută.

Pe baza acestor date am stabilit incapacitatea pentru profesiune împreună cu instabilitate emotivă accentuată.

Cazul 3. Aviz asupra capacităţii în profesiune superioară. Un medic chirurg ne este trimis de autorităţile superioare pentru a stabili care este starea mintală a lui: anumite insuficienţe şi erori profesionale determinând examinarea lui.



La examinarea psihologică constatăm că etatea mintală este 12 ani 2 luni — etate care raportată la etatea mintală de 14 ani cât este normalul la populaţia adultă neselecţionată, este foarte redusă.

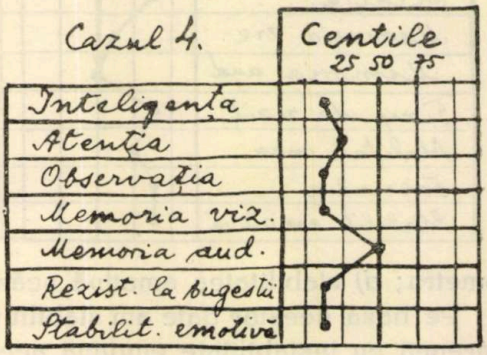
Deficienţa mintală de altfel este evidentă la examinarea profilului psihologic: pe lângă inteligenţă şi atenţia şi memoria tind spre limita inferioară. Abilitatea manuală redusă la centilul 25, este de asemenea insuficientă pentru un chirurg. Notăm că reacţiunile biologice specifice au fost şi după provocare absolut negative la acest examinat.

Desigur că în acest caz deficienţa intelectuală este incompatibilă cu o profesiune superioară.

Cazul 4. Aviz asupra capacităţii de a depune mărturie. Tibunalul ne trimite pe B. M. în etate de 26 ani, întrebându-ne dacă aceasta posedă capacitate mintală într'un grad suficient pentru depunerea unei mărturii verosimile.

Pentru o mărturie valabilă din punct de vedere psihologic, se cere în afară de buna credinţă, care nu se poate decât cu dificultate controla, o inteligenţă apropiată de normal, capacitate de observaţie, memorie bună şi rezistenţă la sugestie.

Rezultatul examinării noastre[1]) în această direcţie arată: inteligenţa de 8 ani 11 luni; performanţă scăzută la funcţiunile mintale necesare unei bune mărturii (memorie, observaţie, rezistenţă la sugestie).



Acest fapt trebue să ne determine să fim foarte rezervaţi faţă de depoziţie, chiar dacă depoziţia este bine intenţionată.

*

Ne oprim aici cu expunerea cazurilor. Aceste cazuri ne arată în mod evident că utilizând datele şi tehnica ştiinţelor ajutătoare, expertiza psihiatrică câştigă în obiectivitate şi deci în valoare. Problemele în domeniul psihicului sunt atât de complexe uneori, în cât numai privindu-le din diferitele puncte de vedere ale diferitelor ştiinţe putem spera să aducem o lumină pentru lămurirea lor.

---

[1]) Metoda utilizată este aceea preconizată de A. Roşca în volumul său „Psihologia martorului".

Nou!

Octinum

(Metiloctenilamină)

«Knoll»

Spasmolitic şi analgetic la dureri provenite din spasme

Indicaţiuni:

Stări spastice ale regiunii gastro-intestinale superioare,

ulcer al stomacului şi duodenului,

spasme — urmări ale unor operaţii gastro-intestinale anterioare,

gastralgii din hipersecreţiune (pentru înlocuirea terapiei alcaline),

spasme ale căilor biliare, renale şi vezicale,

constipaţiuni spastice,

dismenoree spastică.

Ambalaje originale:

Tablete à 0,15 gr. (Octinum bitartaric)
Tuburi cu 10 bucăţi.

Lichid (soluţie 10 % de Octinum hidrocloric)
Sticle cu 10 gr.

Fiole à 1,1 cm^3
(1 cm^3 conţine 0,1 gr. Octinum hidrocloric)
Cutii cu 5 bucăţi.

Dosaj:

De 3 ori pe zi 1 tabletă sau 15–20 picături; la nevoe doze duble. — Se va lua cu nu prea puţin lichid. — Subcutanat de 2–3 ori pe zi 1/2–1 fiolă, intramuscular de 2–3 ori pe zi 1/2 fiolă.

Eşantioane şi literatură prin:

KNOLL S. A. R.

Produse chimico-farmaceutice

str. Atena 29, Bucureşti III

La turburări de echilibru și neuroze a sistemului nervos vegetativ, la stări nervoase și depresive, Basedow și cazuri basedowoide și migrene etc.

BELLERGAL

Combinație de Bellafolină, Gynergen și Phenobarbitan.

3—5 drageuri zilnic de exemplu un drageu dimineața, unul la dejun și 2 drageuri înainte de culcare.

Flacoane cu 25 și 100 drageuri

Reprezentanți pentru România:

Drogueria Nestor
Str. Lipscani 102
București I.

Drogueria „Royal"
Piața Unirii 26
Cluj.

SANDOZ **Fabrica chimică** fostă **„Sandoz", Basel** (Elveția)

Principii de colapsoterapie în cura ambulatorie a tuberculozei pulmonare.

de **Dr. Valeriu Stinghe**
medic-şef al dispensarului antituberculos
al Casei de Asigurări Sociale — Braşov.

Pneumotoracele artificial aplicat în tratamentul ambulatoriu al tuberculozei pulmonare a însemnat o adevărată revoluţie socială prin binefacerile aduse lumei suferinde de această boală. Este ştiut că la început acest fel de colapsoterapie nu se aplica decât în cura sanatorială a bolnavilor. Nu toţi îşi puteau permite însă luxul unei cure sanatoriale, care mai totdeauna este costisitoare. Şi atunci rămăsese marea masă a bolnavilor de condiţii economice precare, cari deşi cu forme de tuberculoză pulmonară justiţiabile pentru aplicarea pneumotoracelui artificial, nu puteau beneficia de serviciile preţioase ale acestei metode, pentrucă, în primul rând, nu dispuneau de mijloacele necesare pentru a se interna într'un sanatoriu, iar în al doilea, nici un medic nu se încumenta să le aplice această metodă în mod ambulatoriu.

Iată însă că la un moment dat medicii mai îndrăzneţi, cum a fost Ameuille şi alţii, au început să aplice pneumotoracele artificial şi la bolnavii de tuberculoză pulmonară în cură ambulatorie. Bolnavii, cari până la acea dată împrăştiau infecţia la fiecare pas, pentru a sfârşi mai curând sau mai târziu în mormânt, dela acea dată, graţie colapsoterapiei aplicată în mod ambulatoriu, s'au pomenit ameliorati cu timpul chiar vindecaţi şi redaţi câmpului de muncă şi familiei, apţi pentru a-şi câştiga traiul zilnic.

Valoarea socială a acestui fel de a trata tuberculoza ne apare cu atât mai mare cu cât el vizează mai ales marea mulţime a celor săraci.

Iată decе de când rezultatele acestei metode s'au dovedit atât de favorabile nu ezit să aplic colapsoterapia în cura ambulatorie oridecâteori nevoia o cere.

In ceeace priveşte tehnica colapsoterapiei ambulatorii ea diferă. Unii confraţi merg până acolo încât şi instituirea pneumotoraceiui artificial o practică la dispensar sau în cabinetul medical. Alţii sunt de părere că primele insuflaţii de aer să le facă la domiciliul bolnavului, urmând apoi mai departe la dispensar.

Personal sunt partizanul celui de al doilea procedeu, care-i mai comod, atât pentru bolnav, cât şi pentru medic. Acest procedeu ne pune la adăpostul eventualelor accidente pentru bolnav, dela dispensar în drum spre casă, cari pot angaja în mod serios responsabilitatea şi reputaţia medicului. In legătură cu acestea mi-amintesc de cazul unui confrate, care instituind un pneumotorace artificial la ambulatoriu, bolnavul părăsind cabinetul medical şi făcând în stradă o sforţare spre a se urca în autobuz, a făcut peste pneumotoracele artificial abia instituit un pneumotorace spontan aşa de grav, încât era cât p'aci să sucombe în autobuz, dacă întâmplarea nu făcea să fie aproape de dispensar spre a interveni la timp.

In mod obişnuit procedez instituind pneumotoracele artificial la domiciliul bolnavului, repetând încă 2—3 insuflaţii tot la domiciliu, iar mai departe la dispensar.

Procedând astfel niciodată nu am avut ocazia să-mi reproşez vreun neajuns, iar bolnavii au beneficiat la maximum.

Dacă însă din cauză de forţă majoră trebue să instituim pneumotoracele artificial la dispensar, atunci vom avea grija să introducem în cavitatea pleurală la început cantităţi mici de aer, maximum 200 c. c. la primele două insuflaţii, şi-apoi mărim cantitatea progresiv la 300 c. c. apoi 400 c. c. şi aşa mai departe, până la cantitatea necesară pentruca să obţinem un colaps optim.

Se întâmplă uneori însă să ne găsim în faţa unor cazuri de tuberculoză pulmonară, la cari deşi pneumotoracele artificial este indicat, totuşi anumite consideraţiuni ne dictează o altă atitudine, un alt fel de a proceda. E vorba de persoane din mediul rural, cari pe lângă că au domiciliul la distanţe mari de oraş, deci cu dificultăţi mari de deplasări periodice la dispensar, nu au nici gradul de cultură, nici educaţia necesară să poată înţelege necesitatea unui tratament îndelungat şi regulat cum e pneumotoracele artificial. Ei bine, la astfel de bolnavi, cu toată pledoaria noastră spre a-i face să priceapă utilitatea acestui fel de tratament, mai totdeauna refuză. Chiar dacă unii l-au acceptat la început s'a văzut că după câteva insuflaţii l-au întrerupt.

Se pune întrebarea: Ce facem în faţa acestor cazuri? Suntem convinşi că numai colapsoterapia îi poate mântui, ei refuză însă cu

încăpăţînare. Părerea multora şi a mea este că în astfel de împrejurări tot colapsoterapiei să-i lăsăm cuvântul, aplicând în locul pneumotoracelui artificial cunoscuta metodă chirurgicală, *frenicectonia*. Din practica de până acuma m'am putut convinge că aceşti bolnavi acceptă mai uşor această metodă, care-i dispensează de deplasările periodice dela sat la oraş, şi e şi mai puţin costisitoare decât pneumotoracele artificial.

Cât priveşte rezultatele terapeutice imediate şi tardive ale frenicectomiei în astfel de cazuri putem afirma că ele ne-au adus ameliorări şi vindecări cari justifică cu prisosinţă acest fel de a proceda.

Cu bolnavii cărora urmează să le facem frenicectomia procedăm în felul următor: Îi internăm în spital, preferabil într'un sanatoriu de tuberculoşi, unde li se practică frenicectomia. Îi ţinem apoi acolo 7—8 zile, până la cicatrizarea plăgii operatorii, şi apoi dacă mijloacele le permit îi sfătuim să rămână mai departe în cură sanatorială, iar dacă nu îi lăsăm să plece acasă, recomandându-le tratamentul medicamentos şi cura higieno-dietică de urmat după modelul cele de care au beneficiat în sanatoriu.

Iată pe scurt câteva principii de indicaţiile colapsoterapiei în cura ambulatorie a tuberculozei pulmonare care, cum am văzut, sulevă la fiecare pas probleme de ordin medico-social pe cari trebue să le avem în vedere, dacă dorim să intervenim cu folos în ajutorul bolnavilor.

Ţin să accentuez însă că în totdeauna vom da preferinţă pneumotoracelui artificial şi numai în cazurile în cari pneumotoracele artificial eşuiază, fie că simfiza pleurală e un obstacol, fie că bolnavul o refuză, vom recurge la frenicectomie.

Probleme de organizare sanitară şi profesională.

Cazierul sanitar al circumscripţiei şi fişa sanitară comunală

de **Dr. I. Stoichiţia** şi **Dr. I. Cosma**

Prin introducerea raportului Model Nr. 301, s'a făcut incontestabil un însemnat pas înainte spre uniformizarea, simplificarea şi raţionalizarea cancelariei medicului de circumscripţie sanitară. Acest model, introdus azi în toată ţara, ne permite pe de o parte, un control real asupra activităţii medicului sanitar, iar pe de altă parte ne dă posibilitatea unei orientări mai precise asupra mersului sănătăţii şi igienei publice din cuprinsul circumscripţiei. Nu ne dă însă informaţiuni aparte pentru fiecare comună şi nici nu ne serveşte cu date privitoare la instituţiile sanitare, personalul sanitar, salubritatea publică, igiena şcolară etc., din singuraticele comune. Ori aceste date trebue să le aibă la îndemână în fiecare moment atât medicul titular al circumscripţiei, cât şi organele de control: medicul primar judeţean şi Inspectorul Sanitar al Regiunei. Fără cunoaşterea tuturor datelor care interesează sănătatea şi igiena unei comune, nu este posibil un control real şi o îndrumare tehnică documentată şi raţională din partea organelor superioare, precum nu este posibilă nici o apreciere obiectivă asupra rezultatelor obţinute prin activitatea depusă. Este ca şi cum s'ar pune un diagnostic şi s'ar preconiza un tratament, fără a cunoaşte simptomele, patogenia şi evoluţia maladiei, orientându-ne numai după impresii sumare bazate pe deducţii prea puţin întemeiate.

La reşedinţa fiecărei circumscripţii sanitare va trebui să existe deci o evidenţă precisă asupra stării sanitare şi igienei publice din fiecare comună ce-i aparţine, precum va trebui să existe o situaţie precisă şi asupra organizării sanitare de care dispune atât circumscripţia ca unitate sanitară, cât şi singuraticele comune. Această evidenţă va trebui să o aibă la fel medicul primar judeţean şi me-

dicul Inspector Sanitar al Regiunei, deoarece numai astfel socotim că este pasibilă o îndrumare şi un control tehnic real şi efectiv.

Evidenţa aceasta se poate presupune că ar exista în aşanumitul „*Cazier sanitar comunal*“ introdus în anul 1927 şi care a fost conceput ca un registru de bază în care trebuiau să fie introduse toate datele privitoare la starea sanitară şi igiena publică din comună, precum şi datele referitoare la personalul şi instituţiile sanitare şi la activitatea sanitară desfăşurată în cuprinsul comunei. Durere acest cazier sanitar comunal nu mai există astăzi decât într'un număr restrâns de comune şi acolo unde el există este completat în mod insuficient şi nu mai este ţinut la zi, deoarece fiind preconizat numai pentru 6 ani, completarea lui s'a terminat încă din anul 1932. A-l înlocui, în vechea lui formă şi redactare, după o întrerupere de 4 ani, ar însemna ca Ministerul Sănătăţii să confecţioneze un număr de cca 16.000 caziere sanitare comunale noui, ceea ce înseamnă o cheltueală de peste 7 milioane lei. Presupunând că Ministerul ar găsi această sumă, socotim totuş că sacrificiul material este prea mare în raport cu utilitatea vechiului formular, care fiind prea complicat şi prea mare, ar risca să rămână din nou completat numai în mod sumar, aşa după cum s'a întâmplat cu majoritatea vechilor caziere. In al doilea rând socotim, că s'ar face o risipă prea mare şi din motivul, că aceste caziere-registre lăsate în păstrarea primăriilor comunale s'ar pierde din cauza prea deselor schimbări dela primării, aşa după cum s'a pierdut un mare număr din cazierele cele vechi. Un alt motiv care pledează în contra vechiului model este faptul, că el existând într'un singur exemplar, medicul primar judeţean şi Inspectorul Sanitar nu poate lua cunoştinţă de cuprinsul lui decât cu ocaziunea deplasărilor şi inspecţiilor din singuraticele comune şi astfel nu poate avea o orientare în orice moment asupra situaţiei din singuraticele comune rurale.

Din aceste motive am socotit de necesar a concepe un nou model, mult mai simplu şi mai uşor de procurat, care eliminând inconvenientele din trecut să corespundă întru toate scopului.

Preconizăm introducerea unui „*Cazier sanitar*“ cât se poate de simplu pentru *circumscripţie* şi câte o „*fişă sanitară*“ care să cuprindă toate datele necesare asupra fiecărei comune.

Cazierul circumscripţiei sanitare, conceput de noi are formatul unei coperte obişnuite de „dosar“, în dimensiunile unei coli de hârtie normale; este confecţionat din carton şi are în total patru pagini.

Pagina primă (externă) a cazierului cuprinde: titlul, numele medicului titular şi situaţia sa, având următoarea înfăţişare.

Inspectoratul General Sanitar.... Serviciul Sanitar județean.....

CAZIERUL

Circ. sanitare rurale.....

Numele titularului..... { provizor..... stagiar..... definitiv.....

Pagina a doua (internă) cuprinde două tabele și anume: I. *Personalul medical, sanitar auxiliar* și *administrativ* din cuprinsul circumscripției cu arătarea numerică și pe comune al întregului personal sanitar și II., *Instituții sanitare și de ocrotire,* indicând numerie toate instituțiile cu caracter sanitar din cuprinsul circumscripției. (Vezi graf. 1.)

Pagina a treia a cazierului cuprinde trei tabele: III., *Natalitatea* cu indicarea în cifre globale și procentuale pe naționalități a nașterilor din fiecare an; IV., *Mortalitatea generală,* cu arătarea în cifre globale și procentuale pe naționalități a deceselor din fiecare an și V., *Mortalitatea infantilă,* cuprinzând datele globale și procentuale pe naționalități a deceselor sub vârsta de un an. (Vezi graf. Nr. 2.)

Pagina a patra are o singură tabelă: VI., *Populația circumscripției,* în care se arată global și procentual, pe naționalități, cifra populației din fiecare an. Pe aceeași pagină este rezervat loc pentru eventualele observațiuni. (Vezi graf. Nr. 3.).

Cazierul sanitar al circumscripției astfel întocmit este cât se poate de simplu, se poate confecționa ușor și ieftin și el ne permite o evidență rapidă în orice moment asupra principalelor fenomene demografice și asupra organizării sanitare din cuprinsul circumscripției.

In interiorul acestui cazier-dosar se vor aranja în ordine, diferitele *„fișe sanitare comunale"* asupra situației singuraticelor comune din cuprinsul circumscripției. Fișele sanitare comunale se vor tipări pe simple coale de hârie albă, în aceleași dimensiuni ca și cazierul, fiecare fișă având 8 pagini.

Pagina 1 (externă), cuprinde 4 tabele și anume: I., *Numărul locuitorilor,* cu arătarea globală și procentuală pe naționalități și ani, a cifrei de populație din comună; II., *Natalitatea,* cuprinzând date globale și procentuale pe ani și naționalități asupra nașterilor; III., *Mortalitatea generală,* cu indicarea globală și procentuală pe ani și

I. Personal medical; sanitar aux. şi administrativ.

Comuna	Distanţa in Km. până la reşed. Circ.	Medici						Soră de ocrot.	Ag. sanitar	Moaşe		infirmieră	desinfector	om de serv.						Obs.
		de circ.	ai Ca ai cercuale	cu contr. de reşed.	particulari					oficiale	partic									

II. Instituţii sanitare şi de ocrotire.

Comuna	D-tanţa in Km. până la capitala jud.	Dispens.			Spitale, cu câte paturi?	Sanator		Farmac.		Bae pop. publ.			Loc. recr. n.		Azil de bătr.	As. de ocr.		Creşe	Obs.
		fără paturi	cu paturi şi câte?	cu locuinţă de medic		de Stat	particular	publică	de mână	de Stat	comunală	particul	balneară	climat.		de Stat	particul.		

(Grafica 1).

BIBLIOTECA CENTRALA „ASOCIATIUNII"

Comuna

Distanţa in Km. până la capitala jud.

Dispens.

fără paturi

cu paturi şi câte?

cu locuinţă de medic

Spitale, cu câte paturi?

III. Natalitatea.

Naţionalitatea	Naşteri																Obs.
	1936		1937		1938		1939		1940		1941		1942		1943		
	global	‰	global	‰	global	‰	global	‰	global	‰	global	‰	global	‰	global	‰	
Români																	
Germani																	
Maghiari																	
Evrei																	
Alţii																	
Total şi media																	

IV. Mortalitatea generală.

Naţionalitatea	Decese																Obs.
	1936		1937		1938		1939		1940		1941		1942		1943		
	global	‰	global	‰	global	‰	global	‰	global	‰	global	‰	global	‰	global	‰	
Români																	
Germani																	
Maghiari																	
Evrei																	
Alţii																	
Total şi media																	

V. Mortalitatea infantilă.

Naţionalitatea	Decese sub 1 an																Obs.
	1936		1937		1938		1939		1940		1941		1942		1943		
	global	%	global	%	global	%	global	%	global	%	global	%	global	%	global	%	
Români																	
Germani																	
Maghiari																	
Evrei																	
Alţii																	
Total şi media																	

(Grafica 2).

VI. Populaţia circumscripţiei.

Naţionalitatea	Numărul populaţiei																Observ.
	1936		1937		1938		1939		1940		1941		1942		1943		
	global	%	global	%	global	%	global	%	global	%	global	%	global	%	global	%	
Români																	
Germani																	
Maghiari																	
Evrei																	
Alţii																	
Total şi media																	

(Grafica 3).

VII. Observaţiuni.

naţionalităţi a deceselor şi IV., *Mortalitatea infantilă*, arătând cifra globală şi procentuală pe ani şi naţionalităţi a deceselor sub un an. (Vezi graf. Nr. 4.)

Pagina a 2-a (internă) cuprinde evidenţa nominală *a personalului medical, sanitar auxiliar şi administrativ sanitar* din comună (medic, soră de ocrotire, agent sanitar, moaşă, infirmieră, necroscop, om de serviciu, etc.) arătându-se pentru fiecare situaţia, data numirei în post, oficial sau particular, de cine este salariat, precum şi orice alte referinţe ce ar putea interesa.

Pagina a 3-a este rezervată *Instituţiilor sanitare şi de ocrotire* din comună: dispensar, infirmerie, casă de ocrotire, locuinţă de medic, cămin de zi pentru copii, azil de bătrâni, baie publică, spital rural, etc., arătându-se felul instituţiei; numărul paturilor; de când

Insp. Gen. Sanitar .....

Serv. san. jud. .....

Circumscripţia sanitară .....

Fişa sanitară

a

comunei .....

I. Numărul locuitorilor .....

Naţionalitatea	Numărul populaţiei															
	1936		1937		1938		1939		1940		1941		1942		1943	
	global	‰	global	‰	global	‰	global	‰	global	‰	global	‰	global	‰	global	‰
Români																
Germani																
Maghiari																
Evrei																
Alţii																
Total şi media																

II. Natalitatea

Naţionalitatea	Naşteri															
	1936		1937		1938		1939		1940		1941		1942		1943	
	global	‰	global	‰	global	‰	global	‰	global	‰	global	‰	global	‰	global	‰
Români																
Germani																
Maghiari																
Evrei																
Alţii																
Total şi media																

III. Mortalitatea generală

Naţionalitatea	Decese															
	1936		1937		1938		1939		1940		1941		1942		1943	
	global	‰	global	‰	global	‰	global	‰	global	‰	global	‰	global	‰	global	‰
Români																
Germani																
Maghiari																
Evrei																
Alţii																
Total şi media																

IV. Mortalitatea infantilă

Naţionalitatea	Decese sub 1 an															
	1936		1937		1938		939		1940		1941		1942		1943	
	global	%	global	%	global	%	global	%	global	%	global	%	global	%	global	%
Români																
Germani																
Maghiari																
Evrei																
Alţii																
Total şi media																

(Grafica 4)

funcţionează; de cine este întreţinut; etc. In această pagină se vor enumera atât instituţiile de stat, cât şi cele judeţene şi comunale ori particulare de pe teritorul comunei.

Pagina 4-a ne va da informaţiunile necesare în legătură cu *Şcoala şi igiena şcolară.* Aci se va arăta numărul, numele şi felul şcolilor din comună; numărul sălilor de învăţământ; felul aprovizionării cu apă potabilă pentru şcolari; teren pentru sport, closete şcolare, etc. In această pagină se vor enumera atât şcolile de stat, cât şi cele confesionale sau particulare.

Pagina a 5-a este rezervată *salubrităţii publice* din comună. La acest loc se va arăta dacă comuna dispune de un plan de sistematizare; cum şi prin ce se face aprovizionarea populaţiei cu apă potabilă; dacă există vre-un sistem de canalizare sau lumină electrică; situaţia cimitirelor, abatorului şi a locurilor insalubre.

Jumătate din pagina a 6-a este destinată evidenţei *instituţiilor publice:* primăria comunală, casă culturală, judecătorie, local de jandarmi, etc., iar cealaltă jumătate, precum şi pagina a 7-a în întregime, este rezervată pentru *întreprinderile comerciale şi industriale* supuse controlului sanitar. Aici se va arăta felul întreprinderii, localul unde funcţionează, vechimea, numele proprietarului, numărul autorizaţiei de funcţionare şi în fine tot ce este în legătură cu evidenţa şi igiena acestor întreprinderi.

Dela pagina 2—7 nu sunt tabele; se va tipări numai titlul paginei şi scurte indicaţii privitoare la completarea ei, confecţionarea fişei este deci cu atât mai simplă şi mai ieftină, fiind în acelaş timp şi cu mult mai practică decât era vechiul model expirat.

Pagina a 8-a cuprinde două tabele: XI., *Boalele infecţioase,* arătându-se pe ani şi boli numărul bolnavilor şi a deceselor de fiecare boală şi XII., *Boale medico-sociale,* cu arătarea pe ani şi boli a numărului de bolnavi şi decese de fiecare boală în parte. O parte a acestei pagini este rezervată eventualelor observaţiuni. (Vezi graf. Nr. 5).

Atât cazierul sanitar al circumscripţiei, cât şi fişa sanitară comunală este concepută pentru 8 ani cuprinzând rubricile necesare. In interiorul fişei sanitare comunale se pot adăoga, după necesitate, foi volante noui, în caz că paginile rezervate nu ar fi suficiente pentru introducerea tuturor schimbărilor ce survin în acest interval.

Cazierul circumscripţiei şi fişa sanitară a comunei se vor completa de către medicul sanitar şi se va face dela început în câte trei exemplare. Un exemplar se va păstra la reşedinţa circum-

XI. Boale infecţioase

ANUL	Scarlatină		Difterie		Febră tifoidă		Dizenterie		Rugeolă		Pertusis		Tetanos		Parotidită epidem.		Meningită epid.		Tifos exant.		Erisipel		Varicelă		Antrax		
	B.	M.	B.	M.	B	M.	B	M.	B.	M.	B.	M.	B.	M.	B.	M.	B.	M.	B.	M.	B.	M.	B.	M.	B.	M.	
1936																											
1937																											
1938																											
1939																											
1940																											
1941																											
1942																											
1943																											

XII. Boale medico-sociale

ANUL	Tuberc.		Sifilis		Blenorag		Cancer		Pelagră		Malaria		Trachon		Guşă		Alcoolism		Orbi		Surdo-muţi		Cretini		Alienaţi		
	B.	M.	B.	M.	B.	M.	B.	M.	B.	M.	B.	M.	B.	M.	B.	M.	B.	M	B.	M.	B.	M	B.	M.	B.	M	
1936																											
1937																											
1938																											
1939																											
1940																											
1941																											
1942																											
1943																											

Observaţiunl. (Grafica 5)

Obseruaţiunl.

scripției, al 2-lea exemplar îl va păstra medicul primar de județ, iar al 3-lea exemplar îl va avea Inspectorul General Sanitar al Regiunei.

Medicul de circumscripție va nota în exemplarul său toate schimbările cari survin în decursul unui an și va comunica aceste schimbări, dimpreună cu datele statistice anuale, medicului primar județean și Inspectorului Sanitar al Regiunei odată pe an și anume la începutul anului, deodată cu înaintarea obișnuitului raport anual de activitate. Medicul primar județean și Inspectorul General Sanitar vor completa deci în fiecare an exemplarele pe care le au, în conformitate cu notificarea comunicată de medicul circumscripției. In felul acesta cele 3 exemplare de cazier și fișă sanitară vor fi în totdeauna identice, având același conținut și evitându-se astfel posibilitatea unei pierderi definitive și ireparabile, ele putând fi refăcute în orice moment, copiindu-se un exemplar de pe celalalt, lucru care după vechiul sistem cu un *singur* cazier-registru nu era posibil.

Cazierul sanitar al circumscripției și fișa sanitară comunală astfel concepute socotim că reprezintă un pas înainte în opera de uniformizare, de simplificare și mai ales de raționalizare a cancelariei medicului nostru de circumscripție. Pe lângă aceasta, prin formulare simple și foarte ușor de procurat, se dă posibilitatea unei evidențe precise și rapide în orice moment, organelor de îndrumare și control, evidență care e atât de necesară și care astăzi lipsește cu desăvârșire. Medicul primar județean și Inspectorul General Sanitar având la îndemână de mai înainte toate informațiile necesare, vor putea în viitor, executa pe teren o îndrumare și un control tehnic real și efectiv și la rândul lor, vor putea da organelor superioare orice informație, în mod documentat și în deplină cunoștință a situației locale.

Din aceste motive credem, că inovația propusă de noi merită să fie discutată de către toți factorii competenți și după ce în urma sugestiilor și propunerilor ce se vor face, va primi o redactare definitivă, să fie introdusă în mod unitar la toate circumscripțiile sanitare rurale din țară.

Reorganizarea laboratoarelor

de **Dr. Nistor Dumitrescu Piteşti.**

Funcţionarea laboratoarelor constitue o problemă fundamentală în organizarea generală a sănătăţii publice. Fie că această organizare pune pe primul plan „prevenirea", fie că va face prevenire odată cu aplicarea Medicinii curative, laboratoarele vor constitui cheia de boltă, fiindcă nu se poate astăzi concepe îngrijire de bolnav ori depistare şi diagnostic în epidemii fără examene bacteriologice. Mai mult, s'a admis că laboratorul trebue să fie cât mai aproape de regiunea infectată, iar bacteriologistul să ia parte pe teren la combaterea epidemiilor (Legea sanitară, art. 129 Exp. mot. 1, 1930).

Ori dacă socotim câte Spitale provinciale se bucură de posibilitatea de a avea un laborator la îndemână şi de câte laboratoare regionale dispunem astăzi, înţelegem că problema este oricând la ordinea zilei.

Actualele laboratorii regionale au câte două secţiuni, de Chimie şi de Bacteriologie, cu obligaţia de a face: 1. Diagnosticul în cursul epidemiilor şi combaterii boalelor sociale, 2. Analizele medicale ale bolnavilor din spitale, 3. Controlul alimentelor şi băuturilor. In aceste scopuri, efectuează examene sero-bacteriologice, anatomo şi histopatologice, biochimice, cât şi de Chimie alimentară.

Practica disciplinelor de mai sus este legată însă de o condiţiune indispensabilă unei bune funcţionări şi anume de o tehnică riguroasă.

De aici trebue să admitem că structura laboratoarelor provinciale nu poate fi deosebită de aceia a laboratoarelor similare din centrele universitare, natura lucrărilor şi tehnica fiind aceleaşi.

Dar laboratoarele din centrele universitare au toate posibilităţile desvoltării lor. Au impulsul necesar: reviste, şedinţe ştiinţifice pe când laboratoarele provinciale trebue să îşi creieze singure ambianţa necesară.

Numeroasele probleme unele în întregime noui, de ordin bacteriologic care se ivesc în cursul epidemiilor, fie asupra modului de

răspândire, fie asupra caracterelor şi condiţiunilor particulare ale germenilor patogeni, imprimă activităţii lor epidemiologice un caracter de muncă ştiinţifică.

Nu este posibilă înfăptuirea unui asemenea program de lucru fără anumite mijloace.

De împlinirea strictă a tuturor condiţiilor necesare este în funcţie viaţa sanitară a tutuor medicilor ce depind de rezultatele laboratorului, în spitale ori pe teren.

Rezultă obligaţia de a da cea mai mare atenţiune funcţionării normale a acestor organisme — grija noastră pentru mijloacele lor nu va fi niciodată de prisos.

Condiţiunile financiare defavorabile din ultimii ani au influenţat şi sumele acordate lor. Obligaţia de a executa analize pentru particulari, le-a dat însă posibilitatea să îşi completeze o parte din mijloacele materiale necesare.

Plusul de muncă din partea personalului, în vederea asigurării unui venit utilizabil înzestrării şi întreţinerii este astăzi singurul mijloc eficace. Pe celelalte contribuţiuni ale fondurilor sanitare locale (art. 338 şi 520 din l. s.) nu se poate mult conta, fie că sumele acordate sunt prea mici fie că ele nu se dau de loc. Ceva mai mult, laboratoarele contribuesc la alimentarea fondului general sanitar prin o cotă de 30% din încasări. Se recuperează în mod direct chiar contribuţia în bani. acordată laboratoarelor.

In situaţia de astăzi se pare deci că întreţinerea laboratoarelor nu este prea costisitoare pentru stat.

Am văzut că pe calea încasărilor particulare, s'ar putea obţine o parte din sumele necesare.

Fals avantagiu, fiindcă amplificarea lui conduce la răpirea timpului necesar pentru activitatea epidemiologică şi care este însă-şi condiţiunea de a fi a laboratorului regional.

Personalul nu este nicăeri prea numeros, în unele locuri chiar sub minimum necesar. Orice analiză medicală pentru particulari, cu întreg corolarul ei: recolta produsului, orele de stat la dispoziţia publicului, examinarea, redactarea, răpeşte tot atâta din preocupările, din liniştea şi din timpul necesar celeilalte activităţi de ordin strict bacteriologic. Nu mai adaog inequitatea pentru medicul bacteriologist de a nu putea să îşi facă clientelă particulară, fiindcă obligaţia de a executa în laboratorul statului analize pentru particulari îi răpeşte această posibilitate. Legea o permite până la sporirea salariului, dar realitatea nu o îngădue.

Trebuesc căutate şi alte mijloace în vederea asigurării bugetelor suficiente, iar către salarizarea justă a medicilor de laborator trebue să ne îndreptăm atenţia, din primul moment. Altfel nu pot fi stimulaţi tinerii medici spre această necesară specializare.

O altă latură a problemei este situaţia medicului şi chimistului în raport cu progresele specialităţilor respective.

Un bacteriologist nu însemnează numai un executant tehnic. El trebue să aibă serioase cunoştiinţe de medicină generală şi o suficientă experienţă în specialitate. Ori acestea nu se menţin decât printr'un spirit continuu treaz la noutăţile specialităţii.

Cunoştinţi noui sau adânciri ale vechilor noţiuni, technice diferite şi noui metode, toate apelează la înţelegerea sa. Cunoaşterea şi mai ales triarea lor nu poate fi făcută în orice colţ de ţară şi în izolare. Contact continuu cu activitatea medicală, concedii periodice obligatorii de studii şi de observaţii devin obsolut necesare. Ele sunt în primul rând în interesul instituţiunii şi în al doilea rând al beneficiarului.

Este oare compatibilă această necesitate cu situaţia de astăzi când fiecare secţiune nu este deservită decât de câte o singură persoană?

Deci încadrarea laboratoarelor cu personal suficient este un deziderat, tot de primul ordin.

Ar rămâne de examinat, cum s'ar putea asigura posibilităţile de activare pe teren ale laboratorului.

Nevoia de a primi la timp şi în condiţiuni anumite, probele de examinat, trebuinţa de a efectua recolte suplimentare în aceleaşi condiţiuni sau necesitatea unor anumite investigaţiuni pe teren, iată tot atâtea motive pentru care bacteriologistul nu poate fi lipsit de contactul cu focarul epidemic. Cine şi cum poate asigura această legătură? In alte ţări, laboratoarele dispun pe un personal anumit obişnuit cu efectuarea recoltelor, care se deplasează la nevoie pe teren cu mijloace de deplasare ce aparţin în propriu laboratorului.

Ar fi posibilă aplicarea acestui sistem la ţara noastră?

Cu serviciile spitalului din localitate, în special acel de boale contagioase trebue de asemeni menţinută o legătură continuă, impusă de nevoia unor anumite investigaţiuni, nu numai pentru noui studii, ci în vederea chiar a fixării diagnosticelor sau a unor tehnice noui.

Laboratorul de bacteriologie nu se poate lipsi de produsele patologice provenite dela bolnavi cunoscuţi şi posibil de urmărit.

Deci un laborator cu caracter epidemiologic aşa cum sunt concepute cele regionale de astăzi, are multiple şi vitale necesităţi. Dacă împlinirea lor nu este cu putinţă, ar fi util să le lăsăm numai caracterul de laboratoare clinice, care sunt mai puţin pretenţioase? In acest caz însă, laboratorul s'ar ataşa spitalului din localitate, ca secţiune de laborator după tipul secţiunilor de Radiologie.

Către unul din aceste 2 drumuri trebue să ne îndreptăm atenţiunea: ori laboratoare epidemiologice cu existenţa bine asigurată care să le dea independenţa necesară unei active funcţionări ori laboratoare clinice pe lângă spitale, mai uşor de întreţinut prin ad-ţia comună cu aceia a spitalului. In acest din urmă caz sarcina examenelor în raport cu epidemiologia ar reveni altor instituţiuni mai puternice şi care să poată rezista necesităţilor.

CHLORO-CALCION

Laboratoires MICHELS – 4 bis, rue du Colonel Moll, PARIS.

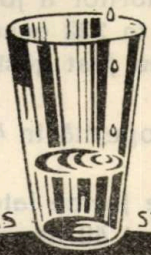
O SOLUŢIE STABILĂ, RIGUROS DOZATĂ DE CHLORURĂ DE CALCIU CHIMIC PURĂ

80 PICĂTURI SAU ½ LINGURIŢĂ DE CAFEA = 1GR $CaCl^2$

Hemostatic

Recalcifiant Dechlorurant

DIRECT ASSIMILABIL



LITERATURĂ ŞI PROBE GEORGES VERGLAS STR. PRECUPEŢII-VECHI Nº 1, BUCUREŞTI 3.

Rezultatele detailate ale anchetelor medico-sociale din judeţul Sibiu.

Comuna Roşia de Secaş.

In comuna Roşia de Secaş ancheta medico-socială a avut un scop demonstrativ de a iniţia colegii din jud. Târnava-mică, de unde face parte această comună în tehnica anchetei. In afară de aceasta s'a urmărit şi scopul anchetării situaţiei comunei din punctul de vedere al malariei, care era cunoscută în aceasta parte a judeţului Târnava-mică, ca o plajă de extindere mare.

Comuna este locuită numai de Români cu o stare culturală şi economică destul de înapoiată. Primitivitatea condiţiilor de traiu îşi are explicaţia pe de o parte în faptul că comuna se află situată la marginea judeţului Târnava-mică, la mare depărtare de orice centru urban, unde comuna ar putea valoriza produsele agricole, iar pe de altă parte până după războiu, o mare parte a proprietăţii agricole a fost deţinută de unele familii de mari proprietari maghiari.

Ancheta medico-socială a fost executată în ziua de 24 Iunie 1934 cu un personal medical şi sanitar auxilar, atât din judeţul Sibiu, cât şi din Târnava-mică, fiind de faţă 26 medici, 6 surori de ocrotire, 1 farmacist şi 2 oameni de serviciu.

Din totalul populaţiei de 1386 suflete s'au examinat 1278, adică 92—3% a populaţiei.

Constatări generale şi medicale.

Starea materială a locuitorilor a fost găsită bună în 22 cazuri, mediocră în 88 cazuri şi rea în 222 cazuri.

Din cei 1278 examinaţi au fost găsiţi bolnavi 351, adică 27·4% a celor examinaţi.

Tuberculoza a fost descoperită în 4 cazuri cu 2 forme pulmonare şi 2 osoase.

Sifilisul în 6 cazuri, toate forme latente. S'au luat 52 probe de sânge cu 6 rezultate pozitive şi 46 negative.

Tumori maligne într'un singur caz.

Afecţiunile aparatului respirator afară de turberculoză sunt trecute cu 31 cazuri.

Afecţiunile aparatului circulator cu 23 cazuri.

Afecţiunile tubului digestiv în 30 cazuri cu 12 afecţiuni gastrice, 16 intestinale şi 2 hepatice.

Afecţiunile nervoase cu 11 cazuri, ale pielei cu 16, maladii otorinolaringologice 18 şi oculare 25.

Inbolnăviri acute de paludism au fost 180 şi din anamneza examinaţilor s'a constatat că aproape întreaga populaţie a comunei a avut accese de malarie. Cu această ocazie s'au recoltat 160 frotiuri de sânge pentru examinări microscopice. Pentru cei descoperiţi bolnavi s'a distribuit 4 kgr. şi jumătate de chinină.

S'au executat 12 extracţii dentare şi s'au distribuit medicamente la 588 persoane.

Dat fiind numărul mare de îmbolnăviri prin malarie, descoperit cu ocazia acestei anchete, Inspectoratul General sanitar din Sibiu a intervenit pe lângă autorităţile administrative judeţene în vederea combaterei malariei, indicând măsurile eficace de combatere prin drenarea bălţilor şi desfundarea albiei văii ce traversează comuna. La scurt timp într'adevăr au început lucrările de drenare şi dacă aceste lucrări vor fi continuate an de an se va ajunge la extirparea flagelului.

Comuna Mohu.

Comuna Mohu se află la o mică depărtare de oraşul Sibiu cu o populaţie pur românească. Ocupaţia locuitorilor este agricultura şi produsele împreună cu cele ale viticulturei le valorizează relativ uşor pe piaţa Sibiului.

Ancheta s'a executat în ziua de 16 Decemvrie 1934, luând parte 24 medici, un farmacist, 4 surori de ocrotire, 1 moaşă, 1 agent sanitar şi un om de serviciu.

Numărul locuitorilor este de 1011 dintre cari s'au examinat 859, adică 84,9% a populaţiei.

Constatări generale.

Starea materială a locuitorilor a fost găsită bună în 26 cazuri, mediocră în 125 şi rea în 108 cazuri.

Distribuţia populaţiei după scara Sundbärg ne dă următoarele:

Grupul 0—14 ani . . . . 33%.
„ 15—49 „ . . . . 49%.
„ 50 ani în sus . . . 18%.

Avem deci o populaţie cu caracter staţionar.

Constatări medicale.

Din totalul de 859 examinați 136 (15,8%) au fost aflați bolnavi.

Tuberculoza a fost descoperită în 5 cazuri cu 3 forme pulmonare și 2 a altor organe.

Sifilisul diagnosticat în 4 cazuri, toate latente, descoperite prin reacția Wassermann. Probe de sânge pentru reacția Wassermann s'au luat 28 dintre cari 4 pozitive și 24 negative.

Tumori maligne s'au găsit 3.

Afecțiunile aparatului respirator sunt trecute cu 38 cazuri în afară de tuberculoză.

Afecțiunile aparatului circulator cu 17 cazuri.

Afecțiunile aparatului digestiv cu 13 cazuri, dintre cari 6 gastrice și 7 intestinale.

Sistemul urogenital cu 5 cazuri.

Afecțiunile pielei cu 14 cazuri, de ochi cu 23, de nas, gât și urechi cu 23 și ale sistemului nervos cu 4.

S'au descoperit 4 cazuri de gușe.

Extracții dentare s'au executat 20.

Medicamente gratuite s'au distribuit la 167 persoane.

Spesele anchetei au fost de 9134 Lei din ceeace revine 10 Lei 60 bani de persoană examinată.

Dr. Iosif Stoichiția. **Dr. Ioan Cosma.**

Entérites - Apendicites - Intoxications

BIOLACTYL

COMPRIMÉS : 4 à 8 comprimés par jour aux repas dans de l'eau sucrée.

LIQUIDE : Enfants : 1|4 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|4 de verre d'eau sucrée.
Adultes : 1|2 flacon avant chaque repas, midi et soir, dans 1|3 de verre d'eau sucrée.
Nourrissons : 2 à 6 cuillerées à café par jour, dans de l'eau sucrée.

Le Laxatif par excellence des Enfants ; Covalescents ; Jeunes filles ; Opérés.

LAXATIF GOBEY

(aux sucs de fruits).

Adultes : 1 cuillerée à soupe, le soir au coucher.
Enfants : 1|2 dose.

Gastro-entérites — entéro-colites — auto-intoxications — fermentations gastro-intestinales

CARBONÉSIE

(Charbon activé — Magnésie — CO^3 CA)

3 à 4 cachets par 24 heures

Angines — Brûlures — Ulcérations

NÉOL

(ozone naissant)

GARGARISMES :
2 cuil. à potage par verre d'eau.
PANSEMENTS :
Néol 1 partie — Eau 4 parties.

Sedatif non toxique des toux rebelles

CODOFORME BOTTU

SIROP PAR 24 HEURES :

Jeunes enfants : 2 à 4 cuillerées à café.
Grands enfants : 2 à 4 cuillerées à dessert.
Adultes : 2 à 4 cuillerées à potage.

COMPRIMÉS : Adultes : 5 à 8 par 24 heures.
Enfants : 2 à 3 par 24 heures.

Vaginites — Métrites — Leucorrhées, etc.

NEOLIDES

(Comprimés oxigénants)
(ne tachent pas)

1 à 4 Néolides par injection vaginale.

Anémies — Hémorragies

HEMOSTYL

du Dr. ROUSSEL
(sérum hémopoïétique de cheval)

FLACONS-AMPOULES : 1 à 2 amp. par jour per os.
SIROP : 2 à 3 cuillerées par jour.

Rachitisme — Troubles de croissance
Tuberculose — Allaitement — Fractures

CALCIGÉNOL IRRADIÉ

(Phosphate Pinard + Vitamine D)

PAR 24 HEURES : 2 cuil. a potage (Adultes) — 2 cuil. à dessert (Enfants) — 2 cuil. à café (Nourrissons).

Dermatoses non suppurées

INOTYOL

(Pommade — Poudre — Ovules-Suppositoires)

Prévient l'infection, jugule les septicémies

PYOFORMINE

(Pus aseptique + Uroformine)
ni choc — ni douleur

1 à 2 ampoules par 24 heures en injections intra-musculaires

Dermatoses suppurées-furonculose-acné

INOSEPTA

(Pomade aux Antivirus)

Antiseptique du sang, des voies biliaires, des voies urinaires

UROFORMINE GOBEY

(Hexaméthylène-tétramine pure)
comprimés de 0 g. 50

2 à 6 comprimés par 24 heures, dissous dans de l'eau froide.

AGENT GENERAL POUR LA ROUMANIE **RENÉ DUNOD** 103, STR. TOAMNEI BUCAREST III.
Téléphone : 2.21-38

CHINOIN·S·A·

Injecțiuni de Histidin-Clorhidrat disolvat la

Gerulcin

pentru tratamentul de ulcere stomacale și duodenale

Influență rapidă și constantă asupra durerilor. În multe cazuri și vindecarea pe baza roentgenologică.

REPREZENTANȚA GENERALĂ: FREDERIC SPODHEIM & Cº S·A· BUCUREȘTI·I·STR·SFT·CONSTANTIN·4

Un nou progres terapeutic în combaterea Gripei și Pneumoniei

GERMICID

corp nou de orthooxychinolinsulfodimethylaminochinizin cu acțiune antipiretică potențată și bactericidă.

Germicid tablete: 6 tablete pe zi.
Germicid supozit.: 1—3 supozitoare zilnic.
Germicid pulvis: formulare magistrală.

Mostre și literatură servește

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice
BUCUREȘTI VI, Strada Cazărmii Nr. 89

Zilele medicale din Sibiu

15, 16, 17, 18 Octomvrie 1936.

de **Dr. I. Matinca.**

După participarea Profesorilor dela Facultatea de Medicină din Bucureşti (1933) şi a Profesorilor dela Facultatea de Medicină din Cluj (1934) în acest an Sibiul a avut cinstea să participe la „Zilele Medicale" organizate cu concursul distinşilor reprezentanţi ai Facultăţii de Medicină din Capitala Moldovei. Pentru medicii din Sibiu şi din regiunile aparţinătoare a fost un fericit prilej de înălţare sufletească şi desfătare intelectuală, ascultând conferinţele unor oameni de ştiinţă dintre cei mai de seamă şi îmbogăţirea cunoştinţelor cu cele mai noui achiziţii ale ştiinţei medicale. Dar „Zilele Medicale" au fost în acelaşi timp şi un nimerit prilej de manifestare a prieteniei, colegialităţii şi a închegării sufleteşti între medicii din toate regiunile ţării. Excursiunile şi diferitele reuniuni ce s'au organizat au oferit prilejul medicilor streini de a cunoaşte frumuseţile Sibiului şi a regiunilor împrejurătoare, precum şi comorile de artă cari se adăpostesc în această veche cetate culturală.

Cursurile strălucite ţinute într'o formă impecabilă de către maeştri de clinică dela laşi în faţa alor peste 100 de medici din întreg Ardealul, ne demonstrează în mod evident că azi dispunem de o ştiinţă medicală autohtonă şi de o şcoală medicală românească în plină şi rapidă desvoltare. Spiritul creator al genului românesc se afirmă tot mai mult şi astăzi şcoala medicală românească ocupă un loc de cinste între marile şcoli medicale ale lumii.

Aceasta este prima constatare îmbucurătoare pe care ochiul cercetător o poate desprinde din manifestarea medicală dela Sibiu. O a doua constatare care se impune este spiritul de sacrificiu de care au dat dovadă Domnii Profesori prin apostolatul pe care l-au făcut şi solidaritatea impresionantă care s'a evidenţiat în sânul corpului medical românesc strâns închegat în jurul dascălilor săi.

Deschiderea ciclului al III-lea al „Zilelor Medicale" s'a făcut joi, în 15 Octomvrie 1936, de către *Domnul Inspector General Sanitar*

Dr. I. Stoichiția, care salută pe trimișii Facultății de Medicină din Iași și le mulțumește pentru spiritul de sacrificiu pe care îl manifestă prin deplasarea la Sibiu și prin seria de conferințe pe cari le țin medicilor din aceasta regiune.

Răspunde Domnul *Profesor Dr. Gracosky, Decanul Facultății de Medicină din Iași*, mulțumind pentru frumoasa primire ce li s'a făcut, pentru interesul ce se manifestă față de cursurile de perfecționare pe cari D-sa le consideră ca un bun prilej de cunoaștere și apreciere a ceeace se produce ca știință în România.

Dl Profesor Dr. P. Nicolescu, începe ciclul conferințelor cu o prelegere asupra *stadiului actual al modului de acțiune al nămolului românesc*. D sa arată elementul de superioritate al acestor nămoluri, ce constă în bogăția de sulf și iod și rezumă constatările făcute împreună cu Dl. Dr. Heresou asupra pătrunderii iodului din nămol în organism și cercetările făcute de Prof. Bujor asupra tranformărilor biologice a nămolurilor de pe malul Mării Negre.

Urmează *Domnul Profesor Dr. G. Tudoranu* despre *colitele și tratamentul lor în lumina nouilor cercetări*. D-sa împarte colitele în:

1. superficiale mai ușor de tratat și
2. profunde mai greu de tratat.

Colitele superficiale sunt de putrefacție și de fermentație care recunosc drept cauze un regim excesiv de albumine și făinoase și insuficiențe digestive. Intr'un mic număr de cazuri avem în această categorie și colitele datorite toxinei stafilo. și streptecocice, colita cu colibacili și colitele diatezice.

Colitele profunde cele mai frecvente sunt colitele drepte cari se pot întinde asupra întregului colon și asupra veziceî biliare, dând o apendiculo tiflo-colită și colecistită. In toate colitele e absolut necesar a se face analiza chimică a materialelor fecale. Tratamentul este după forme, în toate dictează regimul alimentar, la care se va asocia vacino-terapia, fizio-terapia și tratament hidro-mineral.

In ziua a II a, 16 Octomvrie 1936 dimineața, Domnii Conferențiari, împreună cu medicii participanți, au vizitat Spitalul Public Sibiu unde au admirat ordinea, curățenia și realizările efectuate de Dl Doc. Dr. Filipescu, directorul Spitalului, iar la orele 9 a. m. reluându-se programul, a conferențiat *Dl Prof. Dr. Ștefănescu Galați* despre *radiologia în ajutorul urologiei*. D-sa într'o conferință bine documentată relevă importanța radioscopiei radiografiei simple și mai ales a radiografiei cu contrast care este un prețios element de diagnostic a celor mai multe boale ale aparatului urinar.

După aceasta, fiind aniversarea naşterii *Majestăţii Sale Regelui*, Domnul Inspector General Sanitar Dr. Iosif Stoichiţia, prin cuvinte bine simţite omagiază pe M. S. Regele Carol al II-lea, iar corpul medical prezent îi face o caldă manifestaţie de simpatie. Apoi D-sa propune expedierea următoarei telegrame M. S. Regelui.

Majestăţei Sale Regelui Carol al II-lea

Sinaia.

Medicii întruniţi la Sibiu cu ocaziunea „Zilelor Medicale" exprimă Majestăţei Voastre adâncul lor devotament şi cele mai respectuoase urări de sănătate pentru binele şi gloria neamului şi a patriei.

Preşedinte:
Dr. Iosif Stoichiţia

Conferenţiază apoi *Dl Prof. Dr. Enescu*, despre *„Disociaţia atrio-ventriculară"*. Conferinţă ce o redăm în întregime în acest număr al „Sibiului Medical".

Domnul Profesor Dr. P. Nicolescu vorbeşte *despre achiziţiuni recente în patogenia hipertensiunilor. Aplicaţiuni terapeutice.* D sa expune cele 3 forme de hipertensiune; nervoasă, endocrină şi esenţială. Hipertensiunea este mai gravă la tineri ca la bătrâni. Aminteşte că în această boală avem o mărire a colesterinei cu 50—70% (Ballif-Ornstein). In ce priveşte tratamentul, factor esenţial este regimul.

La ora 12 a. m, a urmat excursie şi masă la Tălmaciu—Turnu-Roşu, iar la orele 16 oaspeţii s'au înapoiat la Sibiu unde *Dl Prof. Dr. Mironescu* a vorbit despre *Profilaxia individuală şi socială împotriva venerismului.* Face istoricul maladiilor venerice şi trece în revistă factorii de recrudescenţă a acestor boale. Relevă insuficienţa actualelor legi şi regulamente sanitare în ce priveşte profilaxia şi termină spunând că tratamentul trebue făcut cu ştiinţă şi conştiinţă.

Domnul Profesor Dr. Gracosky Decanul Facultăţii de Medicină din Iaşi a conferenţiat despre *Piuriile la sugari*, cari sunt foarte frequente şi trec neobservate din cauza simptomelor fruste pe care le au. Sunt mai frecvente la fetiţe (90%) ca la băieţi (10%). Ca etiologie se încriminează mai des colibacilul. Pentru diagnostic D-sa recomandă să se facă examenul urinei şi la sugari.

In ziua următoare vorbeşte *Domnul Conferenţiar Dr. I. Alexa* despre *Câteva consideraţiuni asupra epidemiologiei şi profilaxiei*

scarlatinei. D-sa trece într'o revistă foarte documentată rezultatul cercetărilor bazate pe teoria streptococului şi reacţiei Dick. Insistă asupra purtătorilor de germeni care sunt cei mai importanţi factori de răspândire a scarlatinei şi discută capitol cu capitol transmisiunea acestei boale. Prezintă pe larg concepţiile *Profesorilor Cantacuzino şi Ciucă* cu privire la însemnătatea streptococului în etiologie. In ce priveşte profilaxia discută metoda clasică a izolării care e falimentară în această privinţă dar totuşi trebue păstrată în România ca măsură terapeutică. La sfârşit discută metodele de imunizare încercate până în prezent.

După aceasta urmează *Domnul profesor Dr. I. Bălteanu,* care vorbeşte despre *Tulburările humorale în intoxicaţiuni şi toxiinfecţiuni* (scarlatină) *Rolul clorurului. Indicaţiuni terapeutice.* Face un scurt istoric al metabolismului clorurului, arătând multiplele fenomene fisiologice la care participă; aceasta graţie uşurinţei cu care ionii de clor se mobilizează putând să treacă din plasmă în globule şi ţesuturi, putându-se combina cu acizii aminaţi şi toxici formând compuşi netoxici. Trece la turburări humorale în scarlatină redând rezultatul cercetărilor executate pe 180 de bolnavi scarlatinoşi din Clinica de boli contagioase laşi. Arată că în scarlatină se înâlnesc forme de cloremie care duc la azotemie şi care nu cedează decât prin tratamentul cu electrolitul necesar. Clorură de sodiu sau bicarbonat, după cum cloropenia se complică cu alcaloză su acidoză.

In această zi excursia se face în comuna Săliste unde se vizitează instituţiile cu caracter sanitar, iar în drum s'a vizitat medicul comunal din comuna Cristian care are cea mai redusă mortalitate infantilă (11%).

După reîntoarcere conferenţiază *Domnul prof. Dr. L. Ballif* despre *interpretarea probelor biologice în fisiopatologia glandelor endocrine.* D-sa expune ultimile descoperiri în ce priveşte funcţiunea glandelor cu secreţie internă şi mai ales a ovarului. Insistă că în toate afecţiunile umorale să se facă probele (cât se pot face astăzi) înainte de a administra un tratament cu extrase. Descrie mecanismul intim al ciclului menstrual, menţionând că e numai în parte determinat de ovar. Folliculina nu e o secreţie specifică ovarului căci se află şi în alte substanţe.

Tot în această zi la orele 6 p. m. în faţa unui auditoriu numeros şi select a ţinut o conferinţă publică *Domnul Profesor Dr. Mironescu* despre *sexualism şi criza sexuală actuală.*

In ziua următoare şi ultima, primul conferenţiază *Domnul Prof. Dr. Gracosky* despre *Meningitele limfocitare benigne,* conferinţă redată în întregime la începutul acestui număr.

Domnul Profesor Dr. I. Bălteanu încheie seria conferințelor vorbind despre *proba acetonuriei în boale contagioase interpretarea ei și aplicațiuni terapeutice.* Redă cercetările făcute în Clinica de de boale contagioase lași și arată că acetonuria este frecvent întâlnită în bolile infecțioase însă în perioada febrilă și există un paralelism de o parte între hiperglicemia febrilă și absența acetonuriei, pe de altă parte între hipoglicemia febrilă și prezența acetonuriei. Explică aceasta prin lezarea funcțiunei pancreasului și încheie cu indicațiuni terapeutice: ser glucozat în acetonurie cu hipoglicemie, insulină în acetonurie cu hiperglicemie.

La ora 11 a. m. pe o minunată zi de toamnă Domnii Conferențiari împreună cu numeroși participanți, au plecat într'o excursie în stațiune climatică Păltiniș unde după ce au vizitat locurile atât de pitorești din împrejurimi, s'au reîntors oprindu-se în drum la mormântul Mitropolitului Andrei Baron de Șaguna din comuna Rășinari.

Pentru public la ora 6 p. m. *Domnul Profesor Dr. Ștefănescu-Galați* a conferențiat în sala festivă a Prefecturii despre *nisip și ape minerale.*

Seara la ora 8, în onoarea Domnilor Conferențiari și a medicilor participanți, — Colegiul Medicilor și Asociațiunea Medicilor, Filiala Sibiu, a dat un banchet în saloanele restaurantului Boulevard la care au toastat pentru domnii Profesori: Domnul Inspector General Sanitar Dr. I. Stoichiția, Domnul Dr. Preda, Dl General Dr. Manea, Dl Dr. Weindel și Dl Dr. Comșa, iar din partea Domnilor Profesori au răspuns Domnii Prof. Dr. I. Băiteanu, Prof. Dr. Baliff, Prof. Dr. Mironescu și Prof. Dr. Ștefănescu-Galați.

„Zilele Medicale" din Sibiu înseamnă un pas înainte pe drumul închegării sufletești a neamului nostru și o strălucită afirmare a științei românești.

Adunarea generală

a Colegiului Medicilor şi Asociaţiei Generale a Medicilor filiala Sibiu.

In *4 Noemvrie 1936* s'a ţinut adunarea generală a Colegiului şi Asociaţiei Generale a Medicilor din Sibiu în sala de cursuri a Institutului Obstetric din localitate în prezenţa unui foarte mare număr de medici.

Domnul Inspector General Sanitar *Dr. I. Stoichiţia* preşedintele Colegiului şi Asociaţiei deschizând şedinţa face o amplă expunere asupra fazelor mai importante din viaţa celor două asociaţii profesionale în ultimii 6 ani decând actualul comitet se găseşte la conducere. D-sa arată că în acest interval comitetul a reuşit să netezească toate asperităţile cari mai nainte existau în sânul corpului medical, realizând o perfectă armonie şi solidarităţe între medicii de toate categoriile. Datorită acestei solidarităţi s'au putut realiza o serie întreagă de reuniuni ştiinţifice la care au participat toţi medicii sibieni fără deosebire de naţionalitate, ţinându-se numeroase conferinţe ştiinţifice, comunicări şi prezentări de cazuri de bolnavi din spitalele din Sibiu. In afară de această activitate profesională medicii sibieni au executat o serie întreagă de anchete medico-sociale în mediul rural examinându-se până în prezent populaţia întreagă din 25 de comune ale judeţului; completându-se aproape 30.000 de fişe sanitare individuale şi împărtăşind cu medicamente gratuite mai mult ca 6000 de bolnavi constataţi în decursul acestor anchete. Pe lângă această însemnată operă întreprinsă în folosul sănătăţii satelor noastre, medicii Sibiului au participat în mod activ la toate manifestările şi la toate acţiunile întreprinse de „Astra" culturală, ţinând, nenumărate conferinţe cu subiect medical atât în Sibiu, cât şi în satele din judeţul Sibiu, scriind articole numeroase de propagandă sanitară şi tipărind o serie de broşuri folositoare din domeniul medicinei.

O altă realizare a ultimilor 6 ani este organizarea ciclurilor de conferinţe de perfecţionare pentru medici numite, „Zilele medicale" ale Sibiului, cari se ţin an de an cu participarea celor mai de seamă profesori dela facultăţile de medicină din Cluj, Iaşi şi Bucureşti.

Progresele realizate în ultima vreme de către Colegiul şi Asociaţia Medicilor din Sibiu se exteriorizează prin apariţia regulată a unei reviste de specialitate — Sibiul Medical — care a reuşit să se ridice la nivelul celor mai importante reviste de specialitate din ţară. Datorită muncii perseverente care s'a depus de către medicii sibieni în toate domeniile vieţii profesionale şi pe teren medico-social, prestigiul corpului medical din Sibiu s'a ridicat foarte mult, el bucurându-se astăzi de o consideraţie deosebită în faţa confraţilor din alte regiuni ale ţării.

Domnul preşedinte îşi încheie expunerea sa cu dorinţa ca viitorul comitet să continue şi să desăvârşească opera începută spre binele corpului medical şi a sănătăţii publice din ţară.

Domnul Secretar General al Colegiului şi al Asociaţiei *Dr. Liviu Ionaşiu* dă citire unui amănunţit şi documentat raport asupra activităţii desfăşurate în ultimii 3 ani. Raportul se primeşte în întregime.

Domnul Casier al Asociaţiei *Dr. Ioan Sturza* prezintă situaţia financiară care după verificarea cenzorilor se primeşte, dându-se comitetului cuvenita descărcare.

Se deleagă pentru Congresul general (Parlamentul medical) din 28, 29 Noemvrie 1936 Domnii: Dr. Liviu Ionaşiu şi Dr. Ioan Sturza.

Procedându-se la alegerea noului comitet, Domnul Inspector General Sanitar *Dr. Preda* după ce aduce elogii vechiului comitet şi îndeosebi Domnului Preşedinte Dr. *I. Stoichiţa* pentru munca neobosită depusă cu atâta perseverenţă, pricepere şi energie în folosul corpului medical, — propune ca să se aleagă prin aclamaţie singura listă de candidaţi care s'a depus. Adunarea generală face o frumoasă şi unanimă manifestaţie de simpatie pentru preşedintele său şi prin aclamaţie votează următoarea listă de comitet:

Preşedinte: *Dr. I. Stoichiţia.*

Membrii: *Dr. I. Sturza, Dr. W. Weindel, Dr. L. Ionaşiu, Dr. Ilie Gheorghiu şi Dr. Ioan Fabritius.*

Şedinţa s'a terminat la ora 20 seara.

Raport

asupra activităţii Colegiului şi Asociaţiei Genera'e a Medicilor din Sibiu în anii 1934, 1935, 1936, prezentat Adunării generale din 4 Noemvrie 1936.

Onorată Adunare Generală,

Expirând mandatul Comitetului ales de Dvs. în adunarea generală din 12 Nov. 1933, suntem datori a vă prezenta un raport amănunţit asupra activităţii desfăşurate în cadrele Colegiului şi Asociaţiei noastre pe ultimii 3 ani, insistând în mod deosebit asupra momentelor mai importante din viaţa celor două Asociaţii profesionale.

Dom constata chiar dela început că principalele obiective fixate în programul de activitate al Colegiului şi Asociaţiei au fost în cea mai mare parte realizate şi că spiritul de iniţiativă, de solidaritate şi de camaraderie, care a caracterizat în trecut corpul medical Sibian — s'au menţinut neştirbite şi active, chiar în ciuda unor încercări izolate de a turbura armonia noastră constructivă. Această voinţă de acţiune, solidaritatea care s'a manifestat şi iniţiativele duse la bun sfârşit, — au întărit şi ridicat prestigiul corpului medical din Sibiu, care astăzi se bucură de o consideraţie deosebită atât în opinia publică locală, cât şi în faţa confraţilor noştri din alte regiuni ale ţării.

* * *

Asociaţia Generală a Medicilor şi Colegiul Medicilor din Sibiu, deşi având comitete separate, au funcţionat totuşi ca un singur organ, fiind conduse de acelaş birou ales în unanimitate în şedinţa comitetelor din 17 Noemvrie 1933. Această „unificare" a celor 2 asociaţii profesionale, pentru care de altfel noi stăruim de multă vreme, — s'a realizat la Sibiu încă din anul 1930 şi ea ne-a dat cele mai bune rezultate. Din aceste motive ne permitem a vă face propunerea că pentru viitor să se aleagă un singur comitet de conducere pentru amândouă. Aceasta este de altfel dorinţa unanimă a corpului medical din ţară, dorinţă exprimată şi de conducerea noastră centrală din Bucureşti care a făcut toate pregătirile în vederea contopirei definitive a celor 2 Asociaţii profesionale.

I. Membrii Societăţii şi activitatea de birou.

Sediul Asociaţiei şi Colegiului din Sibiu a rămas în localul Inspectoratului General Sanitar, str. Cetăţii Nr. 4, unde a funcţionat în mod permanent şi biroul. Aici se găseşte arhiva şi registratura; aici s'a făcut înscrierea membrilor noui în Colegiu şi Asociaţie; de aici s'a expediat întreaga corespondenţă şi tot aici s'au ţinut şedinţele de comitet şi şedinţele Comisiei disciplinare.

Pentru executarea lucrărilor de birou, pentru înmanuări şi pentru încasări de taxe de membru, Asociaţia şi Colegiul, în conformitate cu hotărîrea adunării generale din 12 Aprilie 1935 şi-a angajat un secretar şi un curier cu plată, primind împreună un salar lunar de 450 Lei. Vă rugăm să binevoiţi a menţine această dispoziţie şi pentru viitor, prin ea asigurându se buna funcţionare a biroului.

In ceeace priveşte numărul membrilor înscrişi, avem următoarea situaţiune:

In anul 1934 au fost înscrişi în total 131 membri, dintre cari 113 şi-au achitat cotizaţiile, iar 18 au rămas în restanţă;

In anul 1935 numărul membrilor înscrişi a fost de 134, dintre cari şi-au achitat cotizaţile 111, iar 23 sunt încă în restanţă cu plata acestor taxe;

In anul 1936 s'au înscris 133 de membri, încasările taxelor de membru fiind încă în curs de executare.

Observăm că nu toţi medicii îşi îndeplinesc îndatoririle legale faţă de Colegiu, unii prin faptul că nu sunt înscrişi în colegiu, deşi conform legii sunt obligaţi la aceasta, iar alţii deşi înscrişi, refuză să-şi achite cotizaţiile legale. Deşi comitetul dispune de mijloace legale de constrânge, totuşi nu am uzat de aceste mijloace, şi sperăm că nu va fi cazul nici în viitor de a recurge la ele.

Numărul actelor intrate a fost în total de 288, iar al actelor eşite de 137. In afară de aceasta s'au făcut invitaţii individuale pentru toate şedinţele de comitet; pentru şedinţele plenare şi adunările generale; pentru Zilele Medicale, pentru anchetele medico-sociale şi pentru anchetele şcolare, — o activitate de birou deci, destul de însemnată.

II. Activitatea disciplinară.

Deşi Colegiul Medicilor funcţionează de 6 ani, în cadrele Secţiunei noastre judeţene au ajuns în faţa Comisiei disciplinare în acest lung interval abia 2 cazuri. Un caz s'a judecat în primul an de activitate a Colegiului şi al doilea caz în anul curent. Toate celelalte chestiuni disciplinare cari s'au ivit, s'au putut rezolvi în mod amiabil fără intervenţia Comisiei disciplinare.

Comisia noastră disciplinară a ţinut în acest an 7 şedinţe pronunţând o sentinţă de condamnare prin „admonestare", sentinţă care a fost ratificată şi de comisia centrală de disciplină din Bucureşti. Regretăm că în decursul desbaterilor care au avut loc în faţa comisiei disciplinare s'au putut ivi unele incidente supărătoare şi ne exprimăm nădejdea că în viitor nu se vor mai ivi asemenea cazuri. Suntem datori să mulţumim şi pe aceasta cale membrilor Comisiei disciplinare pentru munca depusă şi pentru obiectivitatea manifestată în decursul desbaterilor.

III. Activitatea profesională.

Comitetele Colegiului şi Asociaţiei Generale a Medicilor au ţinut şedinţe în 17 Nov 1933; 8 Februarie 1934; 3 Ianuarie 1936 şi 12 Octomvrie 1936, iar birourile ambelor Asociaţii s'a întâlnit de câte ori a fost nevoie. In şedinţele de comitet s'au fixat programele de activitate şi programul şedinţelor plenare; s'au rezolvit chestiunile administrative curente şi s'au ratificat măsurile luate de către birou.

Şedinţe plenare de ordin adminsirativ-ştiinţific s'au ţinut în total 15. In aceste şedinţe s'au discutat de către plen şi s'au luat hotărâri în toate chestiunile cari priveau organizarea corpului medical şi promovarea intereselor noastre profesionale. Două din aceste şedinţe au fost consacrate exclusiv discuţiei legii pentru revizuirea medicilor şi a legii cumulului în funcţiuni publice, redactându-se memorii şi delegându-se reprezentanţi pentru a susţinea în congresele dela Bucureşti punctul de vedere al Asociaţiei noastre. Trimişii D-Voastră s'au achitat în mod onorabil de însărcinarea ce li s'a dat şi rezultatele dobândite de Asociaţia Generală a Medicilor în aceste chestiuni importante a fost mai mult decât mulţumitoare.

In afară de chestiunile curente de ordin profesional şi administrativ, în şedinţele plenare s'au ţinut o serie întreagă de conferinţe ştiinţifice; s'au făcut comunicări din domeniul medicinei şi s'au prezentat cazuri numeroase din Spitalele din localitate.

Au ţinut conferinţe: Dl Dr. Udvarnoky în 31 Ianuarie 1934 şi 3 Februarie 1934 despre: Gazele de luptă şi terapeutica gazaţilor; Dr. I. Stoichiţia în 7 Martie 1934 despre: Probleme actuale de sănătate publică; Dl Dr. Gh. Preda în 4 Aprilie 1934 despre: „Meloterapie"; Prof. Dr. Aschner din Viena în 31 Ianuarie 1935 despre „Terapia constituţională ca bază indispensabilă a oricărei practici medicale"; Dl Dr. I. Cosma în 21 Nov. 1935 şi 8 Ianuarie 1936 despre: Organizarea sanitară în Rusia sovietică; Dr. Gh. Preda în 19 Februarie 1936 despre: Consideraţiuni asupra psihologiei medicale.

A făcut comunicări Dl Dr. Cupcea S. despre: Rezultatele obţinute cu aparatul de măsurare a timpului de reacţiune şi în 19 Febr. 1935 Dl Dr. Stoenescu despre: Contribuţiuni la studiul constituţiei psihice a criminalilor şi delicvenţilor.

Au mai prezintat cazuri în şedinţa din 16 Mai 1934 Domnii: Dr. Ivan, Dr. Lungu, Dr. Stoenescu şi Dr. Dosios; în şedinţa din 15 Mai 1935 Domnii: Dr. Banu, Dr. Dumitrescu At., Dr. Ivan, Dr. Mavru, Dr. Preda, Dr. I. Ionaşiu şi Dr. Stoenescu; iar în şedinţa din 19 Februarie 1936 au prezentat cazuri: Dr. Banu şi Dr. Ivan.

In afară de conferinţele, comunicările şi prezentările de cazuri făcute în cadrele şi şedinţele plenare ale Colegiului şi Asociaţiei, membrii societăţii noastre au desfăşurat o remarcabilă activitate ştiinţifică şi de propagandă medicală şi în cadrele altor societăţi. Amintim în primul rând frumoasa activitate desfăşurată în mod perseverent în cadrele filialei Sibiu a Societăţii de Neurologie, Psihologie, Psihiatrie şi Endocrinologie, de sub preşidenţia D-lui Inspector G-ral Sanitar Dr. Gh. Preda, unde au făcut diferite comunicări de specialitate Domnii Dr. Gh. Preda, Dr. Ionaşiu, Dr. Popescu-Sibiu, Dr. Stoenescu, Dr. Lungu, Dr. Cupcea şi Dr. Dosios, făcând să apară şi un Buletin conţinând lucrări ştiinţifice produse în Spitalul de Boli Mintale din Sibiu. Amintim în al doilea rând ciclurile de conferinţe medicale organizate de către colegii noştri Saşi în cadrele societăţii de ştiinţe naturale — Med zinische Sektion — şi activitatea de propagandă sanitară desfăşurată de un număr mare din colegii noştri în cadrele Societăţii culturale „Astra" din Sibiu.

Inregistrăm cu o deosebită satisfacţie că revista noastră „Sibiul Medical" în ciuda tuturor greutăţilor întâmpinate, continuă să apară în mod regulat având mereu un bogat conţinut de articole ştiinţifice, profesionale şi de organizare sanitară. Revista este foarte bine apreciată de către lumea medicală şi ea redă în mod fidel activitatea care se depune de către medicii sibieni în toate domeniile vieţii publice. Colaborarea permanentă a unei serii întregi de profesori Universitari şi a colegilor noştri din alte părţi ale ţării au ridicat Sibiul Medical la nivelul

marilor reviste medicale din țară și de aceea va trebui să perseverăm în a o menținea la același nivel, ea aducând reale foloase sănătății publice.

Ne împlinim o plăcută datorie mulțumind și din acest prilej comitetului de direcție și secretarului de redacție a Revistei pentru munca ce o depun și în același timp aducem mulțumirile noastre D-șoarei revizoare M. Manta și dlui droghist I. Baciu pentru devotamentul ce-l manifestă ocupându-se în mod desinteresat de administrația revistei noastre. Înregistrăm cu satisfacție că în afară de revista „Sibiul Medical" mai apar în Sibiu încă alte două periodice medicale și anume: „Medizinische Zeitung„ și „Buletinul Spitalului de Boli Mintale", manifestându-se și prin aceasta că Sibiul este și va rămâne un important centru medical.

IV. Activitatea medico-socială.

Pe lângă activitatea profesională propriu zisă și pe lângă activitatea științifică desfășurată de către colegii noștri în cadrele Asociației și Colegiului, medicii sibieni au continuat să participe în mod activ la toate manifestările sociale și culturale din Sibiu remarcându-se în mod deosebit pe terenul propagandei sanitare în cadrele Astrei culturale și prin anchetele medico-sociale și școlare organizate în colaborare cu serviciul sanitar al județului Sibiu și cu Despărțământul Sibiu al Astrei.

Avem deosebita cinste să fim reprezentați în comitetul de conducere al marelui nostru așezământ cultural „Astra" prin cei doi vice-președinți ai săi Domnii: Medic General Dr. Moga și Inspector General Sanitar Dr. Gh. Preda, precum și prin alți 3 colegi din localitate, iar la conducerea despărțământului Sibiu al Astrei printr'o serie întreagă de alți colegi distinși cari desvoltă o remarcabilă activitate în sânul acestei vechi instituții de cultură. Contribuția medicilor sibieni la activitatea desfășurată de Astra este remarcabilă și ea se manifestă într'o colaborare foarte intensivă în toate domeniile de activitate ale acestei societăți. Pe lângă munca care se depune de către colegii noștri în comitetele de conducere, trebue să relevăm activitatea ce o desfășoară pe terenul propagandei sanitare, prin conferințe, prin articole și prin broșuri; precum și contribuția care se aduce pe teren în mod efectiv pentru ridicarea nivelului de sănătate a populației noastre prin anchetele medico-sociale și prin anchetele școlare organizate în colaborare cu Astra. Amintim aici numeroasele articole și broșuri apărute în publicațiile Astrei sub semnătura D-lor Dr. Gh. Preda și Dr. I. Stoichiția și numărul extraordinar de mare de conferințe medicale cari s'au ținut fie în cadrele ciclului organizat de către despărțământ, fie la universitatea populară sau școlile superioare țărănești; fie în cadrele despărțămintelor de plasă în comunele rurale din județul nostru. Au ținut conferințe în cadrele Astrei Domnii: Dr. Gh. Preda, Dr. I. Stoichiția, Dr. I. Cosma, Dr. Căpitanoviei Mih., Dr. L. Ionașiu, Dr. Lungu, Dr. Popescu-Sibiu, Dr. Mavru A., Dr. Ivan C., Dr. Dumitru Nicolae, Dr. Lupaș M., Dr. Vraciu O. și Dr. Oprean Oct. Lista medicilor cari au activat în cadrele Astrei nu este completă deoarece nu dispunem de toate datele necesare, observăm însă că aproape n'a existat manifestare culturală în cadrele Asociasiunii, fie la centru, fie în comunele rurale la care medicii să nu-și fi dat o foarte prețioasă contribuție.

Anchetele medico-sociale începute încă în toamna anului 1931 s'au continuat în același ritm și în cei din urmă trei ani de activitate. S'au făcut minuțioase anchete în următoarele comune:

4 Februarie 1934 în comuna Săsăuși o echipă compusă din 23 persoane a examinat 771 de locuitori;

18 Februarie 1934 o echipă compusă din 21 persoane au examinat 825 de locuitori din Cărpiniş;

4 Martie 1934 în comuna Aciliu o echipă compusă din 24 persoane a examinat 1057 de locuitori;

18 Martie 1934 în comuna Mag o echipă compusă din 22 persoane a examinat 641 locuitori;

25 Martie 1934 o echipă de 23 persoane a examinat 709 locuitori în comuna Rusciori;

22 Aprilie 1934 o echipă compusă din 22 persoane a examinat 564 locuitori în comuna Cunţa;

In zilele de 6, 13 şi 20 Mai 1934 o echipă compusă în medie de 25 persoane a examinat în comuna Gurarîului 2494 de locuitori;

în 24 Iunie 1934 o echipă compusă din 34 persoane a examinat în Roşia de Secaş 1278 de locuitori;

în 15 Decemvrie 1935 o echipă de 25 persoane a examinat în comuna Galeş 331 locuitori;

în 26 Ianuarie 1936 o echipă compusă din 29 persoane a examinat în comuna Vale 760 de locuitori.

In total a fost examinată prin echipele noastre de anchetă populaţia a lor 10 comune în decurs de 12 Dumineci. S'au examinat în total 9430 locuitori; s'au dat 2060 consultaţi de specialitate; s'au făcut foarte numeroase analize de sânge şi s'au distribuit medicamenle gratuite la 3384 de bolnavi.

Paralel cu anchetele medico-sociale în cadrele cărora se examinează toate gospodăriile din comună precum şi toţi locuitorii prezenţi, începând cu acest an am organizat şi o serie de anchete în mediul şcolar examinându-se de către o echipă compusă numai din medici specialişti, toţi elevii şcolilor primare din comunele rurale ale judeţului Sibiu. Aceasta echipă compusă din Domnii: Dr. I. Stoichiţia, Dr. I. Cosma, Dr. L. Ionaşiu, Dr. Gh. Păcurariu, Dr. I. Gheorghiu, Dr. Dumitrescu Atanasie, Dr. Liviu Stupariu, Dr. Banu C.-tin, Dr. Ilcuşu Emanoil, Dr. Matinca Iosif şi Dr. Petrescu E., ajutată de surorile de ocrotire de sub conducerea D-rei Revizoare M. Manta şi-a început activitatea la 1 Martie 1936. S'au examinat până în prezent elevii şcolilor primare din: Turnişor la 1 Martie 1936; din Bungard la 8 Martie 1936; din Şelimbăr la 25 Martie 1936 şi din Răşinari la 3, 9, 13, 24 şi 28 Mai 1936 — în total deci 4 comune în 8 zile de lucru completându-se în mod foarte amănunţit 892 fişe sanitare şcolare şi executându-se 757 reacţii Pirqet şi 62 examene radiologice.

Din datele sumare de mai sus se poate face constatarea că activitatea depusă de membrii Colegiului şi Asociaţiei Generale a Medicilor pe teren medico-social şi cultural este apreciabilă şi cu drept cuvânt ne putem mândri cu aceasta activitate. Aducem cele mai vii mulţumiri tuturor colegilor cari au participat în mod activ şi desinteresat la aceasta activitate şi îi rugăm ca şi în viitor să persevereze pe linia dreaptă a unei munci constructive pusă exclusiv în serviciul binelui public.

V. Zilele Medicale.

Ciclul de conferinţe de perfecţionare pentru medici organizate în toamna anului 1933 cu participarea Domnilor Profesori ai Facultăţii de Medicină din Bucureşti au reuşit pe deplin, dând cele mai frumoase rezultate. Animaţi de acest succes, Comitetul D-Voastră de conducere a luat hotărîrea de a continua seria

începută şi astfel în toamna anului 1934 s'a organizat al doilea ciclu al Zilelor Medicale cu participarea Domnilor Profesori dela Facultatea de Medicină din Cluj, iar în Octomvrie 1936 ciclul al III-lea cu participarea D-lor Profesori ai Facultăţii de Medicină din Iaşi.

Ciclul al II-lea s'a ţinut în zilele de 15, 16, 17 şi 18 Noemvrie 1934, participând un număr mare de medici din Sibiu şi un număr mai restrâns de medici din alte părţi ale Ardealului. Au ţinut conferinţe Domnii Profesori: Dr. Tătaru despre Concepţia actuală asupra tratamentului sifilisului; Dr. Mihail: Periflebita tuberculozei vasculare; Dr. Zolog: Vaccinarea B. C. G; Dr. Ianeu: Erorile cele mai frecvente în diagnosticul şi terapeutica turburărilor de nutriţie ale sugarului; Dr. Ureche: Paralizia infantilă; Dr. Sturza: Apele carbo-gazoase; Dr. Daniello: intervenţia lui Iacobaeus în tratamentul tuberculozei pulmonare; Dr. Minea: Tratamentul biologic al polinevritelor şi tratamentul sclerozei în plăci; Dr. Ţeposu: Mijloace fizice noui în explorarea rinichiului; Dr. Popovici Traian: Insuficienţa ovariană şi tratamentul său; Dr. Haţieganu: Sindromul abdominal polivalent şi Dr. Goia: Granulomatoza malignă. In afară de aceasta dl Prof. Dr. Minea a mai ţinut şi o conferinţă publică tratând subiectul: Câteva date fiziognomonice.

S'au ţinut deci în total 14 conferinţe cu subiect medical din toate domeniile ştiinţei medicale.

In zilele de 15, 16, 17 şi 18 Octomvrie 1936 s'a organizat ciclul al III-lea al Zilelor Medicale cu participarea Profesorilor Facultăţii de Medicină din Iaşi. Au ţinut conferinţe Domnii Profesori: Dr. P. Niculescu: Mecanismul intim al acţiunei nămolurilor în general şi al nămolurilor româneşti în special şi despre: Achiziţiuni recente în patogenia hipertensiunilor. Aplicaţiuni terapeutice; Dr. G. Tudoranu: Colitele şi tratamentul lor în lumina noilor cercetări; Dr. Ştefănescu Galaţi: Radiologia în ajutorul urologiei; Dr. Enescu: Disociaţiunea atrio-ventriculară; Dr. E. Mironescu: Profilaxia individuală şi socială împotriva venerismului; Dr. Gracosky: Piuriile la sugari şi despre: Meningitele limfocitare benigne; Dr. Alexa: Câteva consideraţiuni asupra epidemiologiei şi profilaxiei scarlatinei; Dr. I. Bălteanu: Tulburări humorale în scarlatină. Rolul clorului de sodiu. Aplicaţiuni terapeutice şi despre: Proba acetonuriei în boalele contagioase. Interpretarea ei şi aplicări terapeutice. Şi Dr. L. Ballif: Interpretarea probelor biologice în fiziopatologia glandelor endocrine. In afară de aceasta s'au ţinut şi 2 conferinţe publice şi anume: Prof. Dr. Mironescu: Sexualism şi criza sexuală actuală şi Prof. Dr. Ştefănescu Galaţi: Nisip şi ape minerale.

S'au ţinut deci în total 14 conferinţe cu subiect medical interesând cele mai actuale probleme.

Participarea medicilor din Sibiu şi din alte părţi ale Ardealului a fost cât se poate de numeroasă şi excursiile precum şi conveniriile organizate din acest prilej au reuşit pe deplin, putându-se face o legătură sufletească strânsă, de o parte între medicii din diferite regiuni ale ţării, iar pe de altă parte între medicii practicieni şi între distinşii noştri maeştri de clinică dela 3 facultăţi de medicină din ţară.

Trebue să amintim la acest loc că paralel cu Zilele Medicale organizate de de Colegiu şi Asociaţie, colegii noştri saşi din localitate organizează un alt ciclu de conferinţe de perfecţionare cu concursul Profesorilor dela Facultăţile de medicină din Austria şi Germania. In acest an am avut plăcerea de a putea asculta conferinţele Profesorilor dela Facultatea de medicină din Berlin şi din acest prilej s'au putut face legături prieteneşti între reprezentanţii şcolii medicale germane şi

între tînăra şcoală medicală românească. Sperăm că Zilele Medicale ale Sibiului vor continua şi se vor amplifica în viitor şi mai mult ridicându-se prin aceasta prestigiul corpului medical din vechea cetate de cultură care este Sibiul.

VI. Momente mai importante din viaţa Colegiului şi Asociaţiei Medicilor în perioada 1934—1935—1936.

In primul rând suntem datori să facem amintire cu recunoştinţă de vizita repetată a Domnului Ministru al Sănătăţii Dr. I. Costinescu întâmplată la 22 Aprilie şi 20 Octomvrie 1934. Cu aceasta ocaziune Domnul Ministru Dr. Costinescu însoţit de Domnul Secretar General Dr. Titu Gane a inspectat amănunţit toate serviciile şi instituţiile sanitare din Sibiu şi a participat şi la ancheta noastră medico-socială din comuna Cunţa. Domnul Ministru Dr. Costinescu a adus bine meritate elogii întregului corp medical din Sibiu pentru munca perseverentă şi destoinică pe care o desfăşoară atât pe teren profesional, cât mai ales pe teren medico-social şi cultural.

La 4 August 1936, instituţiile sanitare şi serviciile sanitare ale Sibiului au fost vizitate de către Domnul Ministru al Muncii Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale Dr. Nistor, însoţit fiind de Domnul Secretar General al Ministerului Prof. Dr. Titu Gane. Domnul Ministru Dr. Nistor a rămas mulţumit de inspecţia făcută şi a adus în mod public elogii corpului medical din Sibiu pentru priceperea şi devotamentul deosebit pe care îl manifestă în interesul lumei suferinde.

Asociaţia şi Colegiul din Sibiu a ţinut un viu şi permanent contact cu organele noastre de conducere din Bucureşti participând prin delegaţii săi atât la congresele generale, cât şi la toate acţiunile întreprinse de către conducerea noastră centrală în interesul promovării corpului medical şi sănătăţii publice. Sibiul este de altfel foarte bine reprezentat în comitetele centrale de conducere ale asociaţiilor noastre profesionale. In comitetul central al Asociaţiei medicilor sanitari an fost aleşi Domnii: Dr. I. Stoichiţia, Dr. I. Cosma şi Dr. Eugen Dobrotă; în Comisia centrală disciplinară a Colegiilor medicale a fost ales dl Dr. I. Stoichiţia, iar în comitetul central al Asociaţiei Generale a Medicilor au fost aleşi Domnii: Dr. I. Cosma şi Dr. I. Stoichiţia, ultimul fiind în acelaş timp şi unul dintre vice-preşedinţii Asociaţiei generale. Consideraţia care se acordă reprezentanţilor corpului medical sibian ilustrează şi mai mult prestigiul şi bunul renume de care se bucură acest corp în faţa confraţilor din celelalte părţi ale ţării.

* * *

Onorată Adunare Generală,

In cuprinsul acestui raport am arătat fazele principale ale activităţii depuse în cadrele Colegiului şi Asociaţiei Generale a Medicilor din Sibiu în ultimii trei ani. Constatăm cu deosebită bucurie că această activitate este destul de bogată în realizări şi în consecinţă putem afirma că comitetul ales de D-Voastră în ultima adunare generală constitutivă şi-a îndeplinit pe deplin datoria.

Vă rugăm să binevoiţi a lua la cunoştinţă acest raport şi să acordaţi cuvenita descărcare comitetului.

Preşedinte: **Dr. I. Stoichiţia.**

Secretar: **Dr. L. Ionaşiu.**

Desbaterile Marelui Consiliu Medical

al Asociaţiei Generale a Medicilor din 28 şi 29 Nov. 1936.

In zilele de 28 şi 29 Noemvrie 1936 s'a întrunit la Bucureşti în Palatul Asociaţiei Generale a Medicilor, I-a sesiune a Marelui Consiliu Medical. Participă câte 2 delegaţi din fiecare judeţ; membrii Comitetului Central al Asociaţiei; membrii Comitetului Colegiului de Ilfov; parlamentarii medici şi foştii preşedinţi ai Asociaţiei Generale a Medicilor. Ministerul Sănătăţii este reprezentat prin Domnul Ministru *Dr. Costinescu* şi dl Secretar General *Dr. Titu Gane.*

Prima şedinţă se deschide în 28 Noemvrie 1936 la ora 10 a. m. prin cuvântarea Domnului Profesor *Dr. Tomescu* preşedintele Asociaţiei Generale a Medicilor. D-sa deschizând prima sesiune a acestei adunări reprezentative pe ţară a corpului medical aduce în numele Comitetului Central mulţumiri Domnului Ministru al Sănătăţii pentru interesul ce-l arată Asociaţiei participând personal la desbateri, în al doilea rând mulţumeşte Domnilor foşti preşedinţi ai Asociaţiei, medicilor parlamentari şi tuturor delegaţilor din ţară pentru sacrificiile ce aduc participând într'un număr atât de mare la desbaterile Marelui Consiliu. Rostul adunării vine din nevoia de a avea o adunare reprezentativă pe ţară aşa cum este prevăzut în toate constituţiile democratice ale ţărilor înaintate. Corpul medical ţine să prezinte în faţa Guvernului şi în faţa opiniei publice, ideile care rezultă din desbaterile unei adunări corporative, în care să fie reprezentate nu numai toate curentele şi ideile, dar şi toate judeţele ţării prin exponenţii medicali cei mai autorizaţi.

In primul rând ţinem să ne ocupăm temeinic de sănătatea unui popor care nu este până în prezent apărat contra boalelor şi de aspiraţiile unei profesiuni care nu este perfect şi complect utilizată, nici în timp de pace, nici în timp de războiu.

Printre chestiunile care sunt supuse desbaterilor acestei adunări este chestiunea repartizării medicilor în caz de mobilizare. Dacă guvernul face astăzi sacrificii imense, dacă ţara întreagă primeşte

aceste sacrificii cu destulă resemnare, pentru înzestrarea materială în caz de războiu, suntem datori să atragem atenţiunea autorităţilor asupra importanţei pe care o are într'un eventual războiu, elementul omenesc. Noi cerem ca acest capital omenesc să fie utilizat în raport cu specialitatea lui, în raport cu priceperea lui, în raport cu vârsta lui.

In al doilea rând, pentrucă toţi cei cari au făcut războiul avem experienţa faptelor trecute şi ştim că se face o legătură strânsă între gradul pe care îl poartă ofiţerul şi misiunea pe care o are în războiu, solicităm ca şi în acest punct de vedere să se facă dreptate corporaţiunei medicale, pentruca fiecare om să fie utilizat cu gradul pe care îl merită prin pregătirea lui profesională, prin priceperea lui, prin vârsta lui şi prin luptele anterioare duse în serviciul acestei ţări.

A treia chestiune supusă desbaterilor Marelui Consiliu este problema „Organizării Sanitare în Mediul Rural" care trebue soluţionată pentru binele şi viitorul Neamului şi al Patriei.

Incheind cuvântarea sa, dl Preşedinte îşi exprimă speranţa că nu numai guvernul actual, dar toate guvernele cari se vor succeda la cârma ţării vor ţine socoteală de lucrările acestei adunări corporative care este animată de cele mai altruiste şi mai frumoase sentimente.

Domnul Profesor *Dr. Danielopol* relevând însemnătatea organizării medicilor din corporaţie, observă că aceasta nu poate avea un simplu caracter de organizare profesională, ci caută să scoată în lumină necesităţi generale medicale. D-sa salută adunarea în numele foştilor preşedinţi ai Asociaţiei Generale a Medicilor.

Domnul Profesor *Dr. I. Iacobovici* insistă asupra necesităţii organizării serviciului medical pentru caz de războiu. Viitorul războiu va fi un războiu total şi pentru aceea serviciul medical trebue să fie bine organizat atât pe front cât şi în restul ţării, pentru a putea face faţă din primul moment tuturor necesităţilor.

Dl Profesor *Dr. N. Minovici* stărue asupra necesităţii unei discipline în corpul medical şi a unei morale care astăzi a început să dispară. De aceea cere organizarea unui cod şi a unui tribunal medical, arătând că sunt nenumărate cazurile când medicii nu au respectat normele ce le trebuiau impuse.

Dl Profesor *Dr. N. Manolescu* salută adunarea în numele medicilor parlamentari, făgăduind întreg sprijinul pentru realizarea doleanţelor ce se vor exprima în toate chestiunile de către Marele Consiliu Medical.

Dl Profesor *Dr. Tătaru-Cluj* aduce salutul medicilor ardeleni exprimându-şi satisfacţia că s'a putut ajunge, în sfârşit, la desmorţirea medicilor.

Dl Profesor *Dr. I. Jianu* arată sacrificiile pe care le-au adus medicii în marele războiu pentru desrobirea Neamului. Cere ca guvernul să facă toate pregătirile ca organizarea sanitară să fie pusă la punct pentru momentul mobilizării.

Dl *Dr. Hasnaş* salută adunarea exprimându-şi dorinţa ca hotărîrile ce se vor lua să fie categorice şi cât se poate de clare.

Dl *Dr. Isăcescu-Constanţa* salută adunarea în numele Asociaţiei Medicilor Sanitari şi stăruie pentru o acţiune de ridicare a nivelului cultural şi economic al populaţiunei, servindu-se prin aceasta bunul mers al sănătăţii publice.

Dl Ministru *Dr. Costinescu* luând cuvântul salută adunarea în numele Guvernului şi aduce felicitări D-lui Preşedinte pentru excelenta organizare a ei. D-sa cere ca Marele Consiliu să se ocupe cu toate problemele înscrise la ordinea de zi şi să aducă soluţiuni documentate, iar guvernul se va îngriji de punerea lor în practică.

In privinţa repartizării medicilor pentru caz de mobilizare putem constata cu toţii neajunsurile şi suferinţele din războiul trecut şi necesităţile de viitor. Vom cere Ministerului Apărării Naţionale să se facă o comisiune mixtă care să ducă la o bună repartizare a medicilor pentru caz de războiu.

In ce priveşte organizarea corpului tehnic sanitar aceasta a şi început urmând a se întinde la Asigurările Sociale şi la Serviciul Sanitar C. F. R.

Privitor la casa de ajutor a medicilor Domnul Ministru promite tot concursul ca această instituţie să poată lua fiinţă cât mai neîntârziat.

In ceeace priveşte organizarea sanitară rurală Domnul Ministru arată că aceasta este cea mai importantă problemă care interesează sănătatea publică. D-sa după ce arată realizările înfăptuite sub Ministeriatul D-sale prin sporirea numărului medicilor de circumscripţie şi a personalului sanitar auxiliar, prin crearea de noui dispensarii rurale şi prin construirea de sanatorii pentru tuberculoşi — insistă asupra necesităţilor de viitor, stăruind pentru extinderea serviciului sanitar în mediul rural şi pentru crearea unui real sistem de medicină preventivă pentru satele noastre.

Domnul Ministru arată importanţa unui bun serviciu sanitar pentru caz de războiu şi a unui bun serviciu sanitar în timp de pace pentru războiul care trebue să se ducă în contra întunerecului dela

sate. D-sa a înaintat un memoriu Guvernului prin care arată că are nevoe de un buget de 3½ miliarde pentru a putea da țării o bună organizare sanitară. Face un apel către medicii români pentru a se așeza în mediul rural punându-se la dispoziția populației și făcând o operă reală de sănătate publică. Insistă asupra importanței dispensarului rural și a sorei de ocrotire. Comunică adunării că se va într'oduce stagiul obligator pentru medicii tineri, cari în viitor vor face două luni instrucție militară și 8 luni serviciu medical la țară.

D-sa cere soluțiuni practice dela Marele Consiliu în toate chestiunile cari interesează sănătatea publică și profesiunea medicală.

In ședința de după masă se dă cuvântul Domnului Inspector General Sanitar, Dr. I. Stochiția, care își desvoltă raportul său asupra „Organizării Sanitare Rurale". D-sa spune, în rezumat, următoarele:

Nu se poate imagina un progres real în mersul sănătății publice, fără o bună organizare sanitară a țării. Orice sistem de organizare sanitară însă, pentru ca să poată da rezultate satisfăcătoare, trebue să corespundă mediului pentru care se crează, să satisfacă cerințele științifice ale vremii și să dispună de suficiente resurse materiale pentru a putea fi introdus, aplicat în întregime și menținut pe o durată cât mai lungă.

Ocupându-ne cu organizarea sanitară rurală, care este problema de bază a organizării serviciului nostru sanitar, va trebui mai întâi să ne documentăm temeinic asupra evoluției sănătății publice dela noi și din alte țări, în lumina constatărilor demografice să preconizăm organizarea sanitară cea mai potrivită mediului nostru.

Astfel din analiza sumară a datelor natalității constatăm că aceasta sufere o scădere continuă și destul de accentuată. Scăderea e mai pronunțată în provinciile din vestul țării. Pe țară, dela 39,5‰ de locuitori cât era în 1921, natalitatea a scăzut la 30,7‰ în 1935, iar în Transilvania dela 43,2‰ cât era în 1875—1890, a scăzut la 28,1‰ în perioada 1931—1934.

Din aceste constatări trebue să tragem concluzia că nu ne mai putem bizui viitorul numai pe tradiționala noastră vitalitate și putere de înmulțire nelimitată.

Mortalitatea generală și cea infantilă nu a scăzut în ultimele decenii aproape de loc, deși în alte state s'au realizat ameliorări considerabile în acest timp. România din 28 de state europene și extra-europene are astăzi cea mai urcată cifră de mortalitate generală și mortalitate infantilă.

Cauzele principale de deces care menţin mortalitatea urcată sunt: debilitatea congenitală, pneumonitile, tuberculoza şi gastro-enteritele cari la un loc dau aproape 50% din toate cauzele de moarte dintr'un an. Din cifra totală a deceselor 32,1% o formează copiii sub un an; 13,2% copiii între 1—5 ani; 7,4% cei între 5—20 ani; iar restul de 47,3% a deceselor se repartizează asupra celorlalte vârste.

Rezultă din aceste date că principalele probleme de sănătate publică pentru ţara noastră sunt: mortalitatea infantilă, mortalitatea prin tuberculoză şi mortalitatea prin boli infecto-contagioase.

Exemplele pe cari ni le oferă alte state, ne demonstrează că tocmai aceste principale cauze de moarte pot fi uşor influenţate prin măsuri chibzuite şi printr'o bună organizare sanitară. In aceste state s'au obţinut prin introducerea unui sistem de organizare preventivă, în termen relativ scurt rezultate uimitoare şi se impune deci ca aceste metode de organizare să fie introduse fără întârziere şi în România.

Referindu-ne la situaţia din mediul rural vom constata că nu dispunem nici de cea mai elementară organizare pentru asistenţa naşterilor şi pentru asistenţa bolnavilor din satele noastre. Din toate naşterile câte survin în decursul unui an, 58,8% sunt asistate de către „babe" sau moaşe empirice, iar 77,6% din toţi morţii dintr'un an au decedat fără ca să fi fost văzuţi vreodată de medic înainte de moarte.

Pentru 16.000 comune rurale, Ministerul Sănătăţii dispune de abia 1844 de moaşe oficiale, iar pentru o populaţie rurală de 15½ milioane suflete, Ministerul Sănătăţii abia dispune de 1300 de medici de circumscripţie.

In lumina constatărilor de mai sus socotim că viitoarea noastră organizare sanitară rurală va trebui să ţină seama de următoarele consideraţiuni:

I. Să fie cât se poate de vastă şi de complectă pentru a putea face faţă tuturor cerinţelor sanitare atât de multiple şi de variate din mediul nostru rural. Va trebui deci astfel întocmită ca să poată răspunde cât mai integral cerinţelor de ordin curativ, dar mai ales va trebui să poată satisface toate necesităţile preventive. Pentru medicina curativă ne trebuesc instituţiile şi utilajul potrivit mediului rural, iar pentru activitatea preventivă avem nevoe de personal tehnic bine pregătit şi în număr suficient.

II. Va trebui să introducem în sistemul nostru de organizare sanitară rurală, elemente tehnice specializate, care având pregătirea

necesară pot avea şi întreaga răspundere a unei activităţi integrale în domeniul preventiv.

III. Serviciul sanitar judeţean va trebui transformat dintr'un serviciu mai mult administrativ cum este astăzi, într'un serviciu tehnic capabil să îndrume întreaga operă sanitară din judeţ, atât în domeniul preventiv, cât şi în domeniul medicinei curative.

IV. Va trebui să realizăm o descentralizare tehnică şi administrativă cât mai largă în domeniul sanitar.

Descentralizarea tehnică va merge până la cea mai mică unitate sanitară care este satul şi familia ţărănească, iar cea administrativă şi bugetară se va opri la judeţ.

V. Pentru asigurarea conducerii şi controlului administrativ unitar, precum şi pentru o coordonare reală prin colaborarea armonioasă a tuturor factorilor locali, preconizăm înfiinţarea câte unei Eforii sanitare judeţene.

VI. Să asigurăm funcţionarea normală a întregului aparat sanitar prin asigurarea de resurse bugetare suficiente.

Ţinând seama de aceste consideraţiuni, organizarea noastră sanitară rurală are nevoe de următoarele complectări:

1. Fiecare sat sau comună rurală va trebui să dispună de câte o moaşă comunală diplomată, care să asigure asistenţa competentă a naşterilor şi îngrijirea în timpul lăuziei.

2. Faţă de lipsa actuală de asistenţă medicală a bolnavilor dela sate şi lipsa totală a unei activităţi preventive, e necesar să asigurăm pe o perioadă de timp încă destul de lungă, atât asistenţa medicală, cât şi activitatea preventivă prin medici funcţionari de circumscripţie. Pentru a putea asigura însă posibilităţi maxime de activitate pentru medici, va trebui să înmulţim numărul lor până la proporţia de 1 medic la maximum de 8.000 de locuitori. Ca medicul sanitar să-şi poată îndeplini toate atribuţiile sale fixându-l definitiv în mediul rural, va trebui să i se asigure un salar corespunzător, locuinţă în natură şi cheltuelile necesare de transport. Pentru regiunile sărace, cu condiţiuni de viaţă mai primitive şi unde medicul de circumscripţie nu poate avea nici un fel de posibilitate de clientelă particulară preconizăm o primă de reşedinţă care să conteze ca o întregire a salarului. Prin această măsură vom putea atrage medici destoinici şi bine pregătiţi şi în cele mai părăsite circumscripţii dela ţară. Totodată insistăm pentru continuarea experienţei medicului cu contract de reşedinţă şi pentru introducerea stagiului obligator a medicilor tineri în mediul rural. Pe măsura în care pe această cale se

va putea asigura asistența medicală a bolnavilor din mediul rural pe aceeași măsură se pot transforma medicii de circumscripție în medici igieniști cu atribuțiuni exclusiv preventive.

3. La reședința fiecărei circumscripții sanitare e necesar să se creeze câte o instituție sanitară potrivită pentru a putea satisface atât cerințele curative, cât și cerințele de ordin preventiv. Casa de sănătate astfel concepută va cuprinde: o cameră de așteptare și una pentru consultațiuni medicale (actualul dispensar rural); o cameră de zi pentru sugari și copii mici; o mică bucătărie de demonstrație; o baie duș și o cameră de locuit pentru sora de ocrotire. In aceasta instituție se va putea ține evidența gravidelor, lăuzelor și copiilor noui născuți; evidența bolnavilor de tuberculoză, sifilis, pelagră sau alte maladii medico-sociale. Aici se va face examenul periodic al nou născuților, a preșcolarilor și școlarilor; aici se vor da consultațiuni de specialitate în anumite zile din săptămână și tot aici se vor da consultațiuni zilnice gratuite pentru boli curente. Casele de sănătate se vor înființa de către Eforiile județene în mod treptat și în măsura posibilităților bugetare.

4. La reședința fiecărei circumscripții sanitare va funcționa pe lângă medicul sanitar și câte o soră de ocrotire și câte un conductor tehnic sanitar ca personal sanitar auxiliar.

Sora de ocrotire se va ocupa exclusiv de medicina preventivă activând cu deosebire în domeniul combaterii mortalității infantile și a bolilor medico-sociale. Pe lângă aceasta ea va îndeplini funcția de îndrumătoare și educatoare în familia țărănească asupra tuturor problemelor împreunate cu igiena locuinței și igiena individuală.

Instituția surorilor de ocrotire fiind încă prea tânără avem până în prezent abia 317 surori formate, număr care treptat trebue să-l urcăm până ce vom avea câte o soră pentru cel mult 3000 locuitori. Pentru aceasta este necesar să înmulțim în mod simțitor numărul institutelor și școlilor pentru pregătirea surorilor de ocrotire.

Conductorul tehnic sanitar se va ocupa de lucrările de sanitație: locuința țărănească, construcții de fântâni, closete rurale, băi poporale, șanțuri, asanări de locuri insalubre și vizitarea stabilimentelor publice supuse controlului sanitar. El poate fi utilizat cu folos și în combaterea epidemiilor.

5. Sistemul de medicină preventivă pentru ca să funcționeze cu toată competența mai are nevoie și de alt personal. Organul tehnic necesar va fi medicul igienist, care prin pregătirea și competența lui va activa pe teren și va face legătura atât de resimțită astăzi între medicul primar de județ și medicii de circumscripție

dintr'o regiune sau plasă sanitară formată din 50—60.000 locuitori. Medicul legist neavând îndatoriri curative se va dedica exclusiv activităţii preventive pe care o va iniţia, organiza şi sistematiza având întreaga răspundere. El se va ocupa în deosebi de problema mamei şi a copilului mic; de igiena preşcolarilor şi şcolarilor; de combaterea raţională a bolilor infecto-contagioase şi medico-sociale; va acţiona în domeniul salubrităţii publice şi igienei alimentare; va organiza şi executa anchete medico-sociale; va controla stabilimentele publice şi industriale şi va participa în mod activ la viaţa socială a comunităţii.

Plase sanitare conduse de medici igienişti există în România la Tomeşti în judeţul Iaşi şi la Gilău în judeţul Cluj, ele există de mai multe decenii în America şi au fost introduse în ultimul timp pe o scară destul de largă şi în ţările limitrofe nouă, în Ungaria, Polonia, Jugoslavia şi Bulgaria. Rezultatele care s'au obţinut prin sistemul preventiv caracterizat prin sora de ocrotire, conductorul tehnic, casa de sănătate şi medicul igienist sunt dintre cele mai bune, acest sistem dovedindu-se ca salvator pentru sănătatea publică din mediu' rural.

6. Serviciul sanitar judeţean va fi condus de un medic primar de judeţ specializat în igienă care va îndruma, conduce şi controla întreg serviciul sanitar din cuprinsul judeţului.

7. Pentru combaterea mortalităţii infantile şi a mortalităţii prin tuberculoză, principalele probleme de sănătate publică din mediul rural se va înfiinţa pentru fiecare judeţ câte un post de medic puericultor şi medic ftiziolog judeţean permanent. Aceşti specialişti se vor deplasa pe teren şi în cadrele caselor de sănătate vor activa în domeniul specialităţii lor îndeplinind funcţia unor medici consultanţi de specialitate.

8. Ospitalizarea bolnavilor din mediul rural se va face în spitalele centrale judeţene care vor fi instituţii mari bine înzestrate şi complet utilate cu tot armamentul modern necesar.

Transportul bolnavilor se va face prin auto-vehicolele Salvării care instituţie va trebui înfiinţată în capitala fiecărui judeţ.

Plasarea bolnavilor tuberculoşi se va face parte în sanatoriile mari regnicolare, parte în secţiile sanator de pe lângă fiecare spital central judeţean. Plasarea copiilor predispuşi la tuberculoză se va face în preventoriul judeţean.

Cercetările de laborator se vor executa în laboratoarele de igienă regionale, sau în laboratoarele de pe lângă spitalele centrale judeţene.

Toate instituţiile de sub acest punct vor fi instituţii comune atât pentru populaţia rurală, cât şi pentru populaţia din capitala judeţului.

Fiind vorba de realizarea unei organizaţiuni sanitare mult mai largi decât cea de astăzi, este natural că se vor cere şi noui sacrificii materiale. Aceste sacrificii oricât de mari ar fi ele trebuesc însă aduse pentru salvarea şi promovarea celui mai preţios bun pe care îl avem: capitalul biologic uman. Problema sanitară trebue ridicată la importanţa şi amploarea problemei Apărării Naţionale şi a Instrucţiunei Publice.

Dar aceste sacrificii nu se ridică la sume atât de considerabile după cât s'ar crede, mai ales că realizarea sistemului propus, din lipsă de personal şi instituţii, nu se poate face decât treptat. Toate plusurile de cheltueli necesare se pot asigura dintr'o cotă de 5% care s'ar impune asupra bugetelor judeţelor şi comunelor şi care cotă ar urma să fie vărsată Eforiilor sanitare judeţene. Socotim că este echitabil ca în situaţia de astăzi judeţele şi comunele să contribue cu aceasta cotă minimală la întreţinerea serviciului sanitar care în primul rând este creat pentru sănătatea populaţiunii rurale.

In legătură cu raportul prezentat de domnul *Dr. I. Stoichiţia*, iau cuvântul următorii:

Dr. Andronescu care susţine raportul în întregime, considerând proiectul de ideal şi perfect realizabil;

Dr. Anton Ionescu susţine de asemenea raportul aducând elogii raportorului şi cerând votarea proiectului fără nici o modificare; *Dr. Dănulescu* exprimă punctul de vedere al Asociaţiei Medicilor Creştini, insistând pentru necesitatea primatului elementului românesc în organizarea sanitară a ţării; *Dr. Bărdescu*, fost director general al serviciului sanitar susţine cu multă căldură proiectul prezentat cerând votarea lui în întregime; *Dr. Neagoe* vorbeşte de asemenea pentru acceptarea proiectului; *Dr. Nicolau* este pentru proiect insistă însă asupra necesităţii de a se ridica starea economică şi culturală a ţărănimii; *Dr. Cădere* critică dispoziţiile legii din 1930 şi se declară în contra medicului igienist şi a sorei de ocrotire insistând pentru menţinerea actualului sistem de organizare; *Prof. Dr. Jianu* pledează pentru perfecţionarea spitalelor şi înzestrarea lor cu tot utilajul necesar. Insistă pentru laborator la plasă şi admite ca bun instituţia medicului igienist şi a sorei de ocrotire.

Luând cuvântul Domnul Secretar General *Profesor Dr. Titu Gane*, după ce aduce felicitări raportorului pentru lucrarea meritorie şi documentată expusă Marelui Consiliu, stăruie pentru un program sanitar de lungă durată şi care să aibă aprobarea tuturor factorilor

hotărîtori. Pentru aceea, D-sa va convoca la Minister pe toţi factorii cu răspundere ca împreună să alcătuiască noua lege pentru ocrotirea mamei şi a copilului, care lege apoi să fie respectată de toate partidele politice. D-sa acceptă instituţia casei de sănătate pentru circumscripţiile sanitare aceasta instituţie fiind mai corespunzătoare decât actualul dispensar care îndeplineşte un rol mai mult curativ. Stăruie pentru asigurarea locuinţei pe seama medicului de circumscripţie. Se declară pentru medicul igienist, care este necesar trebuind a se înfiinţa chiar câte 2—3 posturi de judeţ. Insistă asupra importanţei ridicării nivelului economic şi cultural al ţărănimei, factori hotărîtori în combaterea mortalităţii infantile. Stăruie asupra principiilor şi dispoziţiilor din actuala lege sanitară care sunt bune, însă nu au putut fi aplicate în întregime şi arată necesitatea unei coordonări între diferitele servicii sanitare. Stăruie apoi asupra necesităţii unei sedieri în executarea programului sanitar, dându-se întâietate problemelor mai necesare şi insistă asupra importanţei aplicării proiectului într'o extensiune cât mai mare. Domnul Secretar General conchide că proiectul prezentat nu conţine maximum de revendicări şi că poate fi aplicat şi realizat în întregime.

Dl *Dr. Isăcescu-Constanţa* arată legătura strânsă care există între sănătatea satelor şi a oraşelor care constituie adeseori focare de infecţie pentru populaţia rurală. Arată importanţa medicului de circumscripţie şi pledează pentru înfiinţarea deocamdată a câte unui medic igienist pentru fiecare judeţ.

In şedinţa din 29 Noemvrie 1936 dimineaţa, se continuă discuţia asupra „Organizării Sanitare Rurale".

Dl *Dr. Gancevici* insistă asupra combaterii tuberculozei şi asupra necesităţii procurării fondurilor necesare; *Dr. Cănciulescu* stăruie pentru menţinerea actualului sistem de organizare cu medicul de circumscripţie şi agentul sanitar; *Dr. Solomon-Orăştie*, se declară de acord cu întreg proiectul totuşi nu crede în eficacitatea sorei de ocrotire şi a medicului igienist; *Dr. Simionescu* stăruie pentru menţinerea şi perfecţionarea actualului sistem de organizare; *Dr. Rădulescu Mihai* insistă pentru menţinerea sistemului actual; *Dr. Ranetti*, se declară în contra stagiului obligator la sate şi pentru scoaterea medicului de sub influenţele politice. Se declară de acord cu proiectul prezentat. Dl *Dr. Manu*, vorbeşte în contra influenţelor nefaste ale politicianismului asupra bunului mers al organizării sanitare.

Prezentându-se în şedinţă Domnul Medic General *Dr. Iliescu*, Inspectorul General al Serviciului sanitar al Armatei, se inverteşte ordinea de zi luându-se în discuţiune problema: Repartizării medicilor la formaţiile militare în caz de războiu.

Dl Raportor Prof. *Dr. Tomescu* arată că Asociaţia Medicilor cere ca medicii să fie utilizaţi în timpul războiului ţinându-se seama de specialitatea lor, de priceperea lor, de valoarea lor personală şi de vârsta lor. Asociaţia va întocmi tablouri în acest sens şi roagă Ministerul Armatei să ţină cont de propunerile Asociaţiei. Insistă apoi asupra necesităţii ca medicii civili în caz de războiu să primească gradele ce le compet în conformitate cu vârsta, cu funcţia civilă şi cu aportul de muncă ce îl poate da în caz de războiu. Domnul Raportor asigură Ministerul Armatei de tot devotamentul şi patriotismul de care este animat corpul medical.

Domnul General *Dr. Iliescu* asigură pe medici că se va ţinea cont de doleanţele exprimate. Cere ca Asociaţia Medicilor să facă propuneri concrete pentru formarea echipelor în caz de războiu, fiecare şef de echipă putând avea pe colaboratorii pe cari îi doreşte şi cu care este obişnuit să lucreze. In felul acesta fiecare medic va fi pus la locul lui cel mai potrivit. In ceea ce priveşte înaintările se vor face conform legilor în vigoare medicii fiind obligaţi a face un curs pregătitor de o lună şi încă o lună de aplicaţie în perioada manevrelor. Medicii recrutaţi prin concurs vor face numai cursul de comandament sanitar şi aplicaţia lui timp de o lună în vremea manevrelor.

In legătură cu acest raport mai iau cuvântul Domnii: Profesor *Dr. Iacobovici*, Dr. Căncilescu, Prof. Dr. Tătaru, D-na Dr. Medea Nicolescu şi Prof. Dr. Titu Gane.

Dl *Dr. Ţeţu* susţine raportul întocmit de D-sa şi de Dl *Dr. Marius Georgescu* despre casa de asigurare şi ajutor a corpului medical. Domnul Raportor prezintă un proiect de lege pentru înfiinţarea unei case de asigurare pentru întreg corpul medical din ţară, proect care urmează să fie depus în Parlament încă în actuala sesiune.

După cuvântarea D-lui Dr. Marius Georgescu şi a Domnului Prof. *Dr. Titu Gane* care promite tot sprijinul din partea Ministerului, proectul este acceptat de către adunare.

In şedinţa de după masă se continuă discuţia asupra raportului Domnului *Dr. I. Stoichiţia* despre „Organizarea Sanitară Rurală". la cuvântul Dl *Dr. Vlad*, Cluj, care se declară pentru utilitatea şi votarea proectului prezentat; Prof. *Dr. Tătaru*, Cluj, susţine proectul în întregime şi cere votarea lui fără nici o modificare. D-sa propune o moţiune ca Ministerul Sănătăţii, Casa Asigurărilor Sociale şi Casa Muncii, C. F. R., împreună să sistematizeze 200 de burse pentru studenţii în medicină, aceste burse acordându-se elevilor săraci cu obligaţia ca după terminarea studiilor universitare să-şi

exercite profesiunea într'o comună rurală din țară. Moțiunea se acceptă de către adunare. Dl *Dr. Nistor*, Brașov, susține proectul și în deosebi pe sora de ocrotire și medicul igienist; Dl *Dr. Chițulescu* Slatina, susține proectul și medicul igienist, este în contra sorei de ocrotire; Dl *Dr. Topa*, într'o frumoasă și entuziastă cuvântare aduce elogii Raportorului pentru frumoasa lucrare întocmită și arată că este datoria corpului medical și a Ministerului Sănătății să accepte ca Proect de lege lucrarea prezentată, care cuprinde o reformă sănătoasă și bine venită pentru promovarea sănătății publice. D-sa insistă pentru introducerea neîntârziată a sistemului preventiv care va marca un progres real în organizarea noastră sanitară. Stăruie pentru introducerea neîntârziată a sorei de ocrotire și a medicului igienist de plasă; pentru asigurarea unui salar corespunzător pe seama întregului personal sanitar și pentru asigurarea locuinței și cheltuelilor de transport pe seama medicilor și surorilor de ocrotire. Insistă apoi pentru primatul elementului românesc în toate funcțiunile publice în deosebi în provinciile alipite unde se simte nevoia unei întăriri a elementului național. Dl Prof. *Dr. Danielopol*, se declară de acord în întregime cu proiectul prezentat, stăruind în deosebi asupra importanței sorei de ocrotire și a medicului igienist ca elemente tehnice necesare serviciului preventiv; Dl *Dr. Alexandrescu*, Galați, se declară de acord cu proiectul prezentat și face propunere ca proiectul să se aplice în întregime cu titlul de experiență, deocamdată în 6 județe; Dl Dr. Romanescu propune o moțiune în sensul ca Proiectul să fie acceptat în întregime, cerând introducerea lui cât mai neîntârziată.

Terminându-se discuția asupra raportului: „Organizarea Sanitară Rurală", se dă cuvântul, în replică, Domnului Raportor Dr. I. Stoichiția, care în rezumat spune următoarele:

Orice sistem de organizare sanitară pentru ca să corespundă scopului, trebue să fie izvorît din necesitățile reale ale mediului pentru care se crează și să fie în stare a satisface la maximum toate cerințele sanitare ale acestui mediu.

Studiind sub acest raport principalele fenomene demografice din mediul nostru rural, se impun următoarele constatări:

Deși România dispune încă de o cifră destul de urcată de *natalitate* în raport cu alte state europene, totuși aceasta natalitate se găsește într'o continuă și destul de pronunțată scădere, cu deosebire în provinciile apusene ale țării.

Mortalitatea generală a României este cea mai urcată din Europa și ea nu arată nici o tendință mai accentuată de scădere în

ultimele decenii. Cu deosebire este urcată însă cifra *mortalităţi infantile*, a mortalităţii prin tuberculoză şi prin boli infecto-contagioase. In acest domeniu în ţara noastră, nu se poate înregistra nici un fel de progres, în ultimele decenii, deşi în acelaş interval, în alte state, s'au obţinut rezultate dintre cele mai frumoase. In urma acestei situaţiuni *excedentul natural de populaţiune* al României scade din an în an ajungându-se în unele provincii (Banat) chiar la un deficit de populaţiune.

Dacă analizăm cauzele acestei situaţiuni îngrijorătoare va trebui să constatăm că ele pe lângă condiţiile nefavorabile economice şi culturale din mediul nostru rural, rezidă în faptul că organizarea sanitară rurală actuală este insuficientă şi defectoasă. Este insuficientă fiindcă nu este în stare să asigure pe seama populaţiunei rurale nici cele mai elementare cerinţe de ordin curativ, adecă o asistenţă normală a naşterilor şi o asistenţă medicală suficientă a bolnavilor şi este defectoasă fiindcă nu poate satisface nici celor mai elementare cerinţe de ordin preventiv. Medicul de circumscripţie şi agentul sanitar, aproape singurele elemente sanitare, care activează în mediul rural, în condiţiunile de astăzi nu pot satisface necesităţile de ordin curativ, ne mai vorbind de o activitate preventivă, care nici nu se poate imagina numai cu aceste 2 organe sanitare.

Va trebui deci să creăm pentru mediul nostru rural o organizare sanitară mult mai vastă şi mai complectă, care să fie în stare a sigura în mod cât se poate de complect necesităţile de ordin curativ şi să asigure în acelaş timp o reală operă preventivă. Viitoarea noastră organizare sanitară pentru mediul rural va trebui deci să se desvolte *paralel*, asigurând pe de o parte asistenţa naşterilor şi a bolnavilor, iar pe de altă parte asigurând opera de prevenire a bolilor medico-sociale şi contagioase.

Proiectul prezentat răspunde acestor necesităţi realizând aproape integral desideratele de mai sus.

Prin înfiinţarea câte unui post de *moaşă diplomată* pentru fiecare comună rurală se asigură o asistenţă normală a tuturor naşterilor din mediul rural; prin înmulţirea *medicilor de circumscripţie* şi a medicilor cu contract de reşedinţă şi prin introducerea stagiului obligator al medicilor la sate, se asigură o vastă asistenţă medicală a bolnavilor din mediul rural, iar prin înfiinţarea *caselor de sănătate* se creiază instituţia de bază pentru orice activitate curativă şi preventivă.

Prin introducerea în organizarea noastră sanitară rurală a *sorei de ocrotire* chemată să facă în primul rând operă de educaţie igienică în familia ţărănească, se creiază agentul periferic cel mai important pentru activitatea preventivă şi în deosebi pentru combaterea mortalităţii infantile, care este principala problemă de sănătate publică pentru Români. Prin *conductorul tehnic sanitar* vom introduce un element tehnic specializat în lucrările de sanitaţie şi în combaterea bolilor infecţioase, făcând în acelaşi timp să dispară plaga semidoctorului pretenţios şi nepregătit care compromite adevărata artă medicală. Prin *medicul igienist* vom creia adevărata coloană vertebrală a întregului sistem preventiv, igienistul fiind îndrumătorul şi execetorul tehnic specializat care va activa mereu pe teren însufleţind, sistematizând şi îndrumând întreaga activitate preventivă din mediul rural.

Prin *medicul puericultor şi medicul ftiziolog judeţean* introducem în organizarea sanitară rurală pe adevăratul specialist în combaterea acestor plăgi, făcând accesibile şi ţăranilor binefacerile ştiinţei medicale specializate.

Prin sistemul de organizare preconizat se asigură deci, pe seama satelor noastre, asistenţa medicală necesară în ori ce caz de boală şi se introduce în acelaşi timp o reală şi destul de vastă organizare în sens preventiv.

Prin introducerea unei cote sanitare de 5% asupra bugetelor judeţelor şi comunelor se creiază o nouă sursă bugetară care ne asigură posibilitatea introducerii treptate o organizării sanitare proiectate. Înfiinţându-se în capitala fiecărui judeţ câte o *Eforie sanitară judeţeană* şi asigurându-se pe seama acestei eforii suficiente surse bugetare, vom putea dispune de o conducere administrativ gospodărească unitară şi se va putea realiza o *coordonare* între diferitele instituţii şi servicii sanitare locale.

Având în vedere că Proiectul prezentat a fost acceptat de unanimitatea membrilor Comitetului Central al Asociaţiei Generale a Medicilor şi de Comitetul Central al Asociaţiei Medicilor Sanitari şi având în vedere că majoritatea celor ce au luat cuvântul în decursul desbaterilor s'au rostit în mod favorabil şi chiar elogios asupra Proiectului. Dl raportor Dr. I. Stoichiţia solicită acceptarea lui în întregime de către Marele Consiliu Medical, realizându-se prin aceasta un progres real în domeniul organizării noastre sanitare rurale.

Luând cuvântul dl *Dr. Marius Georgescu*, după ce aduce elogii şi mulţumiri dlui raportar Dr. I. Stoichiţia, face propunerea ca întru

cât adunarea Marelui Consiliu s'a declarat de acord ca proiectul prezentat, acest proiect să fie acceptat în unanimitate şi fără nici o modificare, aşa cum el a fost prezentat Marelui Consiliu, urmând ca proiectul să fie considerat ca un proiect de lege al Asociaţiei Generale a Medicilor din ţară.

Adunarea acceptă în unanimitate propunerea dlui Dr. Marius Georgescu.

Dl preşedinte profesor *Dr. Tomescu*, închizând desbaterile primei sesiuni a Marelui Consiliu Medical, aduce mulţumiri dlui Ministru al Sănătăţii Dr. Costinescu şi dlui Secretar General Prof. Dr. Titu Gane pentru solicitudirea arătată; mulţumeşte raportorilor şi membrilor din Comitetul Central pentru munca depusă şi adresează cuvinte de omagiu şi mulţumire faţă de întreg corpul medical pentru participarea activă la desbaterile consiliului şi îşi exprimă speranţa că munca ce s'a depus va aduce foloase reale atât sănătăţii publice, cât şi profesiunii medicale.

Seara, la Restaurantul Splendid Parc, a avut loc o masă colegială.

Cardiazol-Efedrină

«Knoll»

cupează astmul,

indicat în deosebi la astm cronic cu alterațiuni ale inimii drepte, astm bronchial cu stări de bradicardie sau hipotonie, bronchită astmatică, emfizem,

combate insuficiența circulației,

dă rezultate foarte bune la

colaps al vaselor, insuficiență cardiovasculară, bradicardie, bloc al inimii, scăderea tensiunii sanguine, minus-decompensație, intoxicații, ca profilactic înaintea narcozei.

Picături Cardiazol-Efedrină «Knoll», ambalaj original cu 10 gr.
10% 1,5%

Tablete Cardiazol-Efedrină «Knoll», ambalaj original cu 10 bucăți.
0,1 gr. 0,015 gr.

Fiole Cardiazol-Efedrină «Knoll» à 1,1cm³, ambalaj original cu 6 bucăți.
0,1 gr. 0,015 gr.

Ca doză medie se dă de 2-3 ori pe zi câte 10-20 picături, sau câte ½-1 tabletă. Subcutanat sau intramuscular se dau 1-2-3 fiole pro die. Administrarea intravenoasă la cardiopatii organice decompensate este absolut contraindicată.

KNOLL A.-G., Fabrici de produse chimico-farmaceutice, LUDWIGSHAFEN/RIN

Eșantioane și literatură prin:

KNOLL S. A. R., Produse chimico-farmaceutice, Str. Atena 29, BUCUREȘTI III

SIROCALCIN
SAPIC

pe bază de
Kaliu sulfoguaiacolic şi Calciu lactofosforic
Tuberculosă, Bronşite, Gripă.

Adulţi: 3 linguri pe zi,
Copii: 3 linguriţe pe zi după mâncare.

Preţ pentru publie:
Flacon cu 150 gr. Lei 95·—

Cu mostre medicale şi literaturi stă la dispoziţie:

SAPIC S. A.
pentru industria chimică
Bucureşti VI. Str. Cazărmii 89.

Laboratoires MARONNEAU-MOREL
156, rue des Fauvelles **Courbevoie — France**

ATOLYSAN
(granulat efervescent)

Diuretic—Antiseptic urinar—Urocolitic

COMPOZIŢIE:

Acest complex cuprinde **diferiţi urocolitici** asociaţi în mod raţional. Acţiunea lor este favorizată prin adăogirea de **theobromina** ceeace măreşte cuantumul diurezei şi în mod indirect puterea de eliminare a urinei. Prezenţa **Hexametilentetraminei** asigură dealtfel antisepsia căilor urinare.

Constitue un medicament foarte activ al manifestărilor urinare.

INDICAŢIUNI: **Gută—Reumatism—Artritism.**

DOZE: Preventiv: 3 linguriţe pe zi într'un pahar cu apă.
Curativ: 3 linguri pe zi într'un pahar cu apă.

Eşantioane şi literatură

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.
Str. Zorilor 2 — BUCUREŞTI.

Raport detailat despre vaccinările mixte antiscarlatinoase şi antidifteriee în comuna Sânsimion, în luna lulie şi August 1936.

de **Dr. E. Gernard**, medicul circ. Sânsimion—Ciuc.

In comuna Sânsimion în luna lulie 1936 s'a început o epidemie de scarlatină. In total s'au ivit 8 cazuri. Pentru oprirea epidemiei, adecă pentru a face un teren imunizat la copii, am executat vaccinările contra scarlatinei şi cu acest prilej totodată şi vaccinările contra difteriei. După vaccinări epidemia în scurt timp a încetat. Metoda de vaccinare a fost următoarea:

1. Preparativele.

Am dispus să se facă catagrafia copiilor născuţi în 1930—1934 inclusiv, culegând datele din registrele stării civile, având a fi completate cu copiii născuţi în alte părţi şi mutaţi în comuna aceasta. Propaganda în populaţie pentru acceptarea vaccinărilor s'a făcut încă în anul trecut şi s'a continuat şi în anul curent. Terenul era pregătit prin numeroase prelegeri, am ţinut numeroase conferinţe despre necesitatea şi succesele vaccinărilor cu anatoxină. Datorită acestei propagande lumea s'a familiarizat cu vaccinările şi le-a primit bucuros, ba încă s'au prezentat benevol şi copii mai mari.

2. Executarea vaccinărilor.

Vaccinările s'a făcut la toţi copiii, cari s'au născut în anii susmenţionaţi, fără a cerceta prin reacţiile Dick şi Shick dacă sunt sau nu deja imuni. Vaccinarea s'a făcut deodată din acelaşi siringă cu ambele vaccinuri. S'a dat din anatoxină difterică 0.50, 1.0, şi 1.5 cm. c., iar din anat. Dick 0,50, 1.0 şi 2 cm. c. (17 lulie, 7 August şi 21 August a. c.).

Vaccinările au fost bine primite ivindu-se puţine refuzuri. — Unele vaccinări incomplecte se datoresc şi reacţiunei ivite la unii dintre vaccinaţi, mai ales la copii mai mari. In catagrafie eliminân-

du-se cei morţi, au fost înscrişi 297 copii. Din aceştia nu au putut fi identificaţi ori s'au mutat din comună 24. — Nu s-au prezentat din diferite cauze: 19. — Amânaţi scutiţi 2.

Pentru evidenţiarea rezultatelor dăm tabloul vaccinărilor:

Comuna	Înscrieri la vaccinare	Neafiaţi mutaţi	Nu s'au prezentat	Scutiţi	vaccinaţi cu 1 doze	vaccinaţi cu 2 doze	vaccinaţi cu 3 doze	Numărul total al copiilor vaccinaţi	Numărul total al injecţiilor
Sânsimion	297	24	19	2	27	60	165	252	642

Reacţiuni deosebite, afară de mici ascensiuni de temperatură, edemul şi eritemul local, şi dureri locale nu s'au produs. In special nu s'au ivit simptome meningeale ori erupţiuni cutanate generalizate.

3. Rezultate;

Dela 30 Iulie a. c. nu s'a mai ivit nici un caz nou de scarlatină, până la 26 Sept. a. c. Pe ziua aceasta s'a îmbolnăvit o fetiţă de 5 ani, care a fost vaccinată de 3 ori contra scarlatinei.

Forma boalei e foarte uşoară la fetiţa aceasta.

Având în vedere faptele susmenţionate putem presupune, că epidemia de scarlatină nu s'ar fi stins, dacă nu ar fi aflat un teren imunizat la cei mai mulţi copii.

Adunarea generală a Asociaţiei Surorilor de Ocrotire din România.

In zilele de 20, 21 şi 22 Septemvrie a. c. s'a ţinut în sala Prefecturei din Cluj, prima *adunare generală* a Asociaţiei surorilor de ocrotire din România. La această adunare au luat parte un număr mare de surori de ocrotire din toate regiunile ţării. Ministerul Sănătăţii a fost reprezentat prin Dl *C Stănescu*, Directorul General al Ocrotirii, iar din Cluj au participat D-nii *Dr. Octavian Costea*, Inspector de Ocrotire, *Prof. Dr. Popovici*, *Docent Dr Iancu*, *Deputat Dr. Toma*, *Dr. Stoica*, din partea Prefecturei, *Dr. Hossu* din partea Primăriei, D-na *Natalia Dr. Popovici*, asistentă socială şefă a Municipiului Cluj şi mai multe Doamne din comitetele diferitelor societăţi de binefacere.

Doamna prezidentă *Maria Dr Perţea* a deschis adunarea printr'un frumos discurs arătând fazele prin care a trecut instituţia dela înfiinţarea ei de către Dl *Prof. Dr. Iuliu Moldovan*, care a ştiut să cuprindă atât de bine într'un program, tot ce este util şi necesar pentru susţinerea sănătăţii şi ocrotirei la noi în ţară. Mulţumeşte celor prezenţi pentru participare şi mai ales Dlui Director Stănescu pentru sprijinul acordat cu toate ocaziile instituţiei surorilor de ocrotire şi-l roagă să fie interpretul sentimentelor de recunoştinţă şi gratitudine pe lângă Domnul Ministru *Dr. Costinescu* şi *Prof. Dr. Gane* pentru dragostea arătată şi ajutorul dat instituţiei. Indeamnă surorile la muncă şi solidaritate pentru ridicarea prestigiului instituţiei şi pentru promovarea sănătăţii publice în ţară.

Propune să se trimită telegrame omagiale Majestăţii Sale Regelui Carol II, Majestăţii Sale Regina Maria, Domnului Ministru Dr. Costinescu, Prof. Dr. Gane şi Prof. Dr. Moldovan, declară apoi adunarea deschisă.

la cuvântul Dl Dir. *Stănescu* spunând că este trimisul Domnului Ministru Costinescu, care regretă că nu poate participa la adunare fiind reţinut în altă parte, dar că sufleteşte este cu noi şi ne asigură de tot sprijinul Domniei-Sale, mai spune că şi dânsul în calitate de Director al ocrotirilor a urmărit cu mult interes activitatea surorilor şi că se simte fericit oricând poate fi între ele ca sfătuitor şi îndrumător. Asigură surorile de tot sprijinul Ministerului rugându-le să aibă totdeauna în vedere frumoasa misiune ce şi-au ales şi prin munca desinteresată să se arate demne de numele care-l poartă.

In acelaş sens a vorbit Dl Inspector *Costea* dela Cluj, care spune că cunoşte şi bucuriile şi durerile surorilor de ocrotire. In calitate de profesor le-a urmărit toţi paşii dela înfiinţarea instituţiei. Le asigură de tot concursul Inspectoratului General Sanitar din Cluj.

In numele Dlui Prefect, care este sufernd, a vorbit D-nul *Dr. Stoica*.

Tuturor le-a mulţumit Doamna Preşedintă Perţea asigurându-i de devotamentul surorilor şi promiţând în numele lor că vor şti să se arate demne de încrederea ce li se arată.

Din partea surorilor de ocrotire au adus salutul provinciilor Doamna *Botez* dela Bucureşti, D-şoara *Manta* dela Sibiu, D-şoara *Costenco* din Basarabia, D-şoara *Bărbat* din Banat şi D-na *Costreş* din Moldova.

La ora 13 a luat sfârşit prima şedinţă festivă după care a urmat o masă comună la Institutul Surorilor de Ocrotire din Cluj.

Şedinţa a II-a s'a ţinut la Institutul Surorilor de Ocrotire şi a fost prezidată de Doamna Maria Dr. Perţea. S'a citit raportul secretarei delegată, caseriei şi cenzorilor. S'a prezentat demisia Doamnei Bucşan din calitate de secretară fiind plecată din Cluj. După rapoartele tuturora şi verificarea gestiunei s'a dat descărcarea cuvenită comitetului.

Doamna *Costreş* vice-preşedintă a făcut comunicări în calitate de reprezentantă a Surorilor din România pe lângă Uniunea Internaţională a Infirmierelor. La invitaţia primită pentru Congresul dela Londra ce se va ţine în Iulie 1937, s'a autorizat comitetul să delege o membră care să reprezinte Asociaţia la Congres, rebonificându-i cheltuelile de transport.

Şedinţa a III-a s'a deschis Luni în 21 Sept. ora 10, în Sala Prefecturei. D-na Nataşa *Dr. Popovici* a ţinut o frumoasă şi foarte documentată conferinţă, despre: *„Colaborarea asistentei sociale cu sora de ocrotire"*. A spus între altele că aceste două misiuni nu se pot separa ci numai întregi reciproc, deoarece nu pot da rezultate fără o strânsă colaborare. Conferenţiara a fost, pentru frumoasa expunere, aplaudată şi felicitată de către asistenţă.

A urmat D-şoara *Oltean*, soră şefă a Municipiului Cluj, care a vorbit despre: *„Activitatea centralizată a surorilor de ocrotire în Municipii"*, a prezentat date statistice despre activitatea surorilor din Cluj.

Doamna preşedintă *Perţea* a vorbit despre: *„Importanţa educaţiei profesionale şi sociale a sorei de ocrotire"*, insistând asupra nivelului cultural şi moral ridicat, necesar surorilor,

Doamna *Costreş* dela Iaşi a vorbit despre: *„Sora de ocrotire ca educatoare pentru sănătate"*. Domnia-sa spune că, sora trebue să fie şi este învăţătoarea sănătăţii şi este necesar să fie înzestrată cu calităţi superioare, spirit de sacrificiu şi conduită morală ireproşabilă, spre a-şi putea îndeplini cu folos şi succes menirea de adevărată soră.

Doamna *Câmpeanu* dela Gilău, şi-a desvoltat conferinţa despre: *„Activitatea surorilor în plasa model şi mediul rural"* a scos în evidenţă cu date şi exemple activitatea surorilor din plasa sanitară Gilău arătând că numai dacă toate surorile vor fi conştii şi vor fi animate de dragostea aproapelui vor reuşi în îndeplinirea grelei misiuni de soră.

Domnişoara *Manta Sibiu*, a insistat asupra: *„Atitudinei sorei de ocrotire în serviciu"* purtare modestă, decentă şi demnă, s'a insistat în general asupra purtărei uniformei în serviciu.

Doamna *Botez, Bucureşti*, a vorbit despre: *„Activitatea surorilor de ocrotire în centrele de sănătate"*. A demonstrat cu grafice şi date statistice activitatea Centrului de Sănătate din Bucureşti.

După discuţii asupra fiecărei lucrări, s'a propus să se trimită printr'o delegaţie de 4 surori o moţiune Domnului Ministru Costinescu în care să fie trecute toate doleanţele surorilor de ocrotire şi anume:

Să se dea curs Regulamentului pentru funcţionarea serviciului surorilor de ocrotire în care să fie specificat toate obligaţiile precum şi drepturile surorilor.

Asociaţia să aibă reprezentante în Consiliile de disciplină.

Să se recalculeze gradaţiile cari nu corespund legii.

Să se plătească chiriile, cari s'au sistat după preluarea Serviciilor Sanitare dela judeţe de către Minister.

Să se creieze după necesitate posturi de surori şefe pe judeţe şi inspectoare pe Inspectorate cu posibilitatea de deplasare pentru îndrumarea tehnică a serviciului pe teren.

Să se găsească modalitatea înfiinţărei unei Case de ajutor.

Să fie scoase din rândul agenţilor sanitari şi moaşelor şi să fie trecute ca personal tehnic auxiliar superior, dată fiind pregătirea ce să recere surorilor, pentru a se putea recruta pe viitor elemente tot mai bune.

(Moţiunea a fost prezentată în ziua de 9 Octomvrie a. c., Domnului Ministru Costinescu, în prezenţa Dlui Secretar General Prof. Dr. Gane şi Director General al Ocrotirilor C. Stănescu, de către Doamna preşedintă Dr. Perţea, Doamnele Inspectoare Costreş şi Manta şi D-na Botez din Bucureşti. Domnul Ministru a promis să studieze şi să soluţioneze după posibilitate toate doleanţele expuse).

S'a mai decis să se trimită un apel tuturor surorilor de ocrotire prin care să fie rugate să contribue cât mai mult pentru ridicarea prestigiului şi menţinerea instituţiei surorilor de ocrotire,

In ziua a III-a s'au ţinut conferinţe instructive de către domnul *Agregat Dr. Zolog* despre: *„Rolul sorei de Ocrotire în igiena şcolară“*, Domnul Prof. *Dr. Popovici* despre: *„Importanţa puericulturei în activitatea sorei de ocrotire“*, Dl Dr. *Turcu* despre: *„Dizenteria în lumina actuală a combaterii“*, Dl Dr. *Liviu Prodan* despre: *„Activitatea sorei de ocrotire în domeniul igienei industriale“*. şi Dl Dr. *Berariu* despre: *„Sora de ocrotire în lupta contra tuberculozei“*.

Toate conferinţele au fost ascultate cu mult interes, iar Domnii conferenţiari răsplătiţi cu aplauze prelungite.

Doamna vice-preşedintă *Costreş*, care a prezidat ultima zi, a mulţumit tuturor pentru frumoasele conferinţe şi pentru interesul ce arată instituţiei surorilor de ocrotire în calitate de profesori ai elevelor surori.

S'a fixat proxima adunare generală la Iaşi în vara anului 1937, invitate fiind de către Doamna Costreş, directoara Şcoalei de Surori din Iaşi şi Vice-preşedintă a Asociaţiei.

Toate şedinţele au decurs într'o atmosferă de sinceră şi adevărată reculegere sufletească, parte din ele s'au ţinut la Prefectură, iar parte în căminul părintesc din Calea Moţilor, unde au fost primite şi găzduite toate surorile de către Doamna preşedintă şi întreg personalul Institutului. S'au petrecut zile frumoase şi fiecare soră s'a reîntors la căminul său întărită sufleteşte şi dornică de a contribui cât mai mult la îmbunătăţirea stărei sanitare şi ocrotirea celor daţi în grija sa.

M. M.

Colaborarea între surorile de ocrotire şi asistentele sociale.

Din conferinţa d-nei **Natalia Popoviciu,** ţinută la Congresul surorilor de ocrotire dela Cluj în 1936.

Profesiunea surorilor de ocrotire este relativ tânără, nu toată lumea este familiarizată cu rostul său şi de aceea nu toţi o înţeleg şi o primesc după cum s'ar cuveni. Asistentele sociale sunt reprezentantele unei profesiuni şi mai tinere, care în deobşte este cunoscută la noi în România şi mai puţin ca Ocrotirea. Când vorbesc despre asistenta socială ca despre o profesiune tânără, nu înţeleg caritatea tradiţională, veche cât sentimentul milei omeneşti şi tradusă în fapte prin acţiuni empirice de binefacere; ci înţeleg asistenta socială modernă, întemeiată pe cunoştinţele speciale, pe cunoaşterea societăţii şi a omului individual, asistenta care apare în mod practic ca o activitate de refacere şi organizare, continuă, sistematică şi raţională. Este de sine înţeles că o asemenea activitate necesită un corp de specialişti, pregătiţi anume, cari consacră tot timpul lor muncii profesionale. Asemenea specialişti sunt asistentele sociale. In România, ele apar pentru prima dată sub forma unui corp profesional bine definit, în Legea Sanitară şi de Ocrotire din 1930. Aceeaşi lege preconizează strânsa colaborare a asistentelor sociale cu surorile de ocrotire şi chiar le plasează în sânul aceleiaşi organizaţiuni, — a Oficiilor de ocrotire, — înfiinţarea cărora legea prevede la toate centrele urbane mari. Asistentele sociale şi surorile de ocrotire reprezintă la noi o tendinţă progresivă în domeniul social şi de ocrotire o izbândă a ştiinţei şi a tehnicei, aplicate pe teren.

Ne interesează, deci, direct relaţiile între asistenţa socială şi sora de ocrotire, dorim să ştim cum se delimitează şi se deosebesc sferele lor de activitate, în ce constau punctele de contact şi care este folosul şi tehnica colaborării.

Găsim imediat unele puncte comune. Atât sora de ocrotire cât şi asistenta socială au de scop să servească societatea şi ţara, mun-

cînd pentru binele populaţiei. Amândouă lucrează puţin la birou, foarte mult pe teren, în locuinţele celor cari le primesc şi au nevoie de ajutorul lor. Se întâmplă ca amândouă, să intre în aceeaşi familie, în aceeaşi casă. Aci se naşte întrebarea: cum se deosebeşte munca uneia de a celeilalte? nu cumva e o suprapunere de activităţi? nu s'ar putea ivi un conflict de influenţă? nu ar fi mai bine ca aceiaşi persoană să îndeplinească ambele roluri? Acestea sunt întrebările, la cari ne vom nizui să răspungem.

Sferele de activitate ale ocrotirii şi a asistenţei sociale sunt vecine, înfrăţite, — dar fundamental deosebite. Ocrotirea are un scop augenetic, tinde să educe massele de populaţie în sensul igienico-sanitar. O interesează oricare locuitor, bogat şi sărac, fericit şi desmoştenit de soartă; ea lucrează cu mentalitatea masselor, trezind conştiinţa sănătăţii individuale şi publice. Opera ei este eminamente educativă, igienico-sanitară şi preventivă şi se referă la totalitatea materialului uman. Aceasta înseamnă că sora de ocrotire se introduce în toate straturile de populaţie şi caută să popularizeze regulile de igienă si sănătate oriunde este ascultată.

Asistenta socială are o sferă de acţiune mai restrânsă şi mai profundă. Ea este mai puţin preventivă, mai mult curativă. Obiectul ei este patologia, rana societăţii. Acolo unde oamenii sunt demoralizaţi, declasaţi, înjosiţi de mizerie, îngreunaţi de grave dificultăţi personale, familiare, economice, — acolo este locul asistenţei sociale. Ea vine într'ajutor acestor oameni cari singuri nu ar putea să iasă la suprafaţă din lupta pentru existenţă; sprijină, cercetează, înţelege situaţia şi ajută dela caz la caz, după problemele particulare pe care le sesizează în fiecare caz aparte. Asistenta socială îşi rezervă exclusiv această categorie de oameni „dependenţi", cari reclamă ajutorul semenilor pentru scăpare; problemele care o preocupă sunt toate de natură socială şi sunt cercetate şi privite sub acest aspect multiplu şi adânc al socialului.

Munca asistentei sociale este deci complect diferenţiată şi nu se poate confunda cu cea a sorei de ocrotire. Tendinţa de a promova prin aceeaşi persoană ambele directive, înseamnă complecta neînţelegere a vastităţii acestei munci, divizate în mod optim între cele două profesiuni. O asistentă socială este prea preocupată de rezolvirea cazurilor de dependenţă pentru a urmări educaţia maselor; cultura ei este îndrumată în direcţia ştiinţelor sociale şi tehnica este apropiată menirii: cercetarea, studiul, urmărirea problemelor de patologie socială, munca de refacere, mânuirea şi economisirea banului public, organizarea factorilor de asistenţă — acesta

este domeniul ei. Sora de ocrotire, ca factor eminamente educativ, nu poate amesteca în activitatea ei ajutoarele băneşti fără să stirbească din valoarea influenţei sale de educatoare; dacă ar face-o, ori ar trezi animozităţi în sânul populaţiei, ceea ce i-ar închide drumul la inima locuitorilor, — ori ar ajunge să fie ascultată în mod interesat, în speranţa ajutorului, — ceea ce nu corespunde menirii sale. In afară de aceasta, nevoia de a extinde activitatea peste un număr mult prea mare de locuitori, nu-i permite să aprofundeze problemele sociale cari se ivesc în calea ei. Iar cultura ei, desvoltată în direcţia sanitară şi de igienă, răspunde scopului profesiunii, dar nu poate cuprinde şi faţetele nenumărate ale dependenţii sociale.

Deci, câmpul de activitate într'o organizaţie bine închegată este precizat, împărţit între ambele profesiuni, fără posibilităţi de subordonare, înlocuire ori rivalitate reciprocă: fiecare are domeniul său delimitat de acţiune.

Să vedem acum, pentru ce aceste activităţi deosebite se află înfrăţite, puse în cadrele unui acelaşi serviciu? Şi ce folos poate rezulta pentru amândouă din aceasta vecinătate? Ca să înţelegem mai clar problema, să ne însuşim punctul de vedere al unei surori de ocrotire. In munca ei, sora de ocrotire întâlneşte de multeori familiile sau persoanele, unde sfaturile şi înfluenţa ei rămân paralizate, — dacă nu complect — în tot cazul în mare parte, — de către diferiţi factori de ordin social, cum este de pildă pauperismul, lipsa de lucru, desorientarea în urma unei nenorociri, desorganizarea familiei, conflicte, etc. Aceste dificultăţi opun adeseori un obstacol de rezistenţă tenace în drumul educaţiei igienico-sanitare, întârzie sau face imposibilă realizarea planului sorei de ocrotire. In asemenea cazuri sora de ocrotire are avantajul direct de a se adresa asistentei sociale, care preia cazul, îl cercetează, soluţionează dificultăţile, furnizează la nevoie mijloacele materiale şi lasă sorei de ocrotire drumul liber spre a-şi pune în aplicare programul ei de muncă, de asemenea, asistenta socială care se află în colaborare cu sora de ocrotire, se bucură de imensa uşurare de a nu se preocupa cu problemele igienico-sanitare ale dependenţilor ei, sarcina care aparţine în întregime sorei de Ocrotire.

Utilitatea acestei diviziuni de muncă se ilustrează mai clar printr'un exemplu practic. La Oficiul de Ocrotire din Cluj, Secţia Asistenţei Sociale a fost anunţată despre un caz. N., la care sora de ocrotire a lucrat câteva săptămâni, lovindu-se zilnic de o rezistenţă înverşunată. Cazul era un bolnav tuberculos, cu familia mare, care refuza cu îndârjire să se lase internat la un sanator. Părea să în-

ţeleagă folosul tratamentului, precum şi pericolul la care expune familia rămânând acasă, dar cu toate acestea rămânea pe loc şi la fiecare aluzie de internare se înfuria în mod inexplicabil. Situaţia devenind tot mai gravă, asistenta a fost chemată într'ajutor. Asistenta s'a introdus în familie în mod indirect şi timp de două săptămâni nu a făcut altceva decât să câştige încrederea membrilor familiei şi mai ales a bolnavului. Din observaţii şi informaţii adunate între timp asistenta a înţeles că întreaga dificultate zăcea într'un profund şi înăbuşit conflict între cei doi soţi: soţia muncitoare la o fabrică şi singura care câştiga de când soţul a devenit invalid, — avea o atitudine intolerantă faţă de el, se purta intenţionat foarte emancipat, răzbunându-se pentru neplăcerile din trecut şi neînţelegând cât de mult aceasta complică toată situaţia; bolnavul, obişnuit să fie el stăpânul şi stâlpul casei, s'a văzut îndată înlăturat, ca ceva de prisos, inutil şi ca reacţiune a căutat cu disperare să se afirme, tiranizându şi jamilia, jignindu-şi soţia cu acuzări şi bănueli şi chinuindu-se cu presupuneri din cele mai negre. Scene, discuţii, certuri, se ţineau lanţ şi ambii soţi trăiau într'o continuă enervare şi suspiciune. Astfel, bolnavul a ajuns să creadă că soţia sa doreşte să scape de el trimiţându-l la spital, iar când sora de ocrotire a exprimat aceeaş părere şi a căutat să-l convingă, el a crezut că aceasta o face în înţelegerea cu soţia lui şi s'a încăpăţinat să refuze. Mai mult, a trecut la altă extremă, de o funestă sete de răzbunare şi a început să facă totul pentru a infecta şi pe ai săi şi mai ales pe soţia. Odată situaţia înţeleasă, asistenta a putut să provoace clientul la discuţii amicale şi s'a arătat foarte înţelegătoare, cu multă compătimire şi simpatie faţă de cel nenorocit. Acesta, bucuros că a găsit pe cineva binevoitor, a căpătat toată încrederea în asistentă. Numai după aceasta s'a putut sugera ideia sanatorului şi bolnavul a primit să meargă, cu condiţia ca asistenta să rămână în legătură cu familia lui. După internarea bolnavului, asistenta a lucrat intens cu femeia; între timp a întreţinut corespondenţa şi a încurajat pe cel internat. Până la revenirea acestuia, întreaga gospodărie a fost reorganizată, mici economii făcute, soţia împăcată cu soarta, cu mentalitatea schimbată, cu conştiinţa rolului pe care trebue să-l îndeplinească ea pentru a păstra pentru copii un cămin normal. Atmosfera familiară era eliberată de tensiune, prielnică închegării unei vieţi normale. Natural că în condiţiuni schimbate activitatea sorei de ocrotire a putut să se continue nestingherită şi cu deplin succes. Ambele activităţi au fost desfăşurate în cadrele aceleiaşi familii şi mulţumită diviziunii muncii, colaborarea lor a adus maximul de bine pentru familie.

Ca orice colaborare, aceasta impune respectarea unor anumite reguli tehnice. E necesar ca sora de ocrotire şi asistenţă socială să păstreze unitatea de directivă. Experienţa noastră ne-a arătat că putem profita în mod maxim, dacă lucrăm mână în mână în felul următor: de câte ori sora de ocrotire găseşte că este nevoie de asistenţa socială, ea îi anunţă cazul, punând-o la curent cu impresiile şi informaţiile sale; asistenta face ancheta, apoi formează planul de refacere al cazului şi înainte de a proceda la aplicarea acestuia, comunică sorei de ocrotire diagnosticul social şi programul său de lucru. Din aceasta deliberare reiese o completă armonie între ambele activităţi şi fiecare poate continua să lucreze în direcţia ei, ştiind de ce face cealaltă. Aceasta evită orice suprapunere de lucru, orice divergenţă ori conflict. In tot timpul colaborării, domeniile de activitate rămân intangibile, aşa că nici una din lucrătoarele sociale nu se amestecă în problemele alteia, ci depune maximul de efort în specialitatea ei, în vederea unui scop comun.

Cadrul foarte potrivit pentru o asemenea colaborare este Oficiul de Ocrotire, în care Secţia Asistenţei Sociale şi Secţia Ocrotiri sunt întrunite sub aceiaşi direcţie şi au astfel unitatea de îndrumare.

S'ar putea pune întrebarea: ce să facă surorile de ocrotire, acolo unde nu există o asemenea organizaţie? In mediul rural problema nu se pune, deoarece acolo spiritul tradiţional, structura vieţii însăşi transpune problema asistenţei sociale pe alt plan, acela al specificului sătesc. In mediul urban, însă unde lupta pentru existenţă este mai grea, concurenţa mai dârză, tradiţia mai slabă şi influenţele mai potenţate, — unde zilnic sunt aruncaţi peste bordul dependenţei cei nereuşiţi, neadaptaţi, învinşi, — acolo sora de ocrotire nu poate ocoli asemenea probleme cari o împiedică în desfăşurarea activităţii sale zilnice. Dar acolo, în lipsa asistenţei sociale organizate, ea are o altă armă — iniţiativă particulară de asistenţă, societăţile de binefacere, pe care le poate utiliza şi prin cari poate să înlăture dificultăţile din calea ei. Pentru asemenea cazuri, este necesar ca sora de ocrotire să posede cunoştinţele elementare de asistenţă, pentru a putea observa fenomenele şi ale canaliza la factorii meniţi să facă asistenţa. O diviziune de muncă raţională se impune şi într'un centru orăşenesc mic ca şi într'unul mare, căci numai în acest fel se poate ajunge la valorificerea justă a muncii depuse.

Castanele ca aliment pentru sugaci. *T. Weiss. Mediziniche Klinik No. 39.*

Cercetările asupra compoziţiei fructului castanelor (eliberat de coaje şi uscat) au ajuns la următorul rezultat: Hidrocarbonate 70% amidon 25%, dextrine 20%, sacharoză 17%, glucoză 8%, substanţe grase 3·5%, substanţe proteice 9%, celuloză 3%, săruri 2·5% şi apă 12%. — Mai conţin multă vitamină B, mai puţină vitamină A şi C — deaceia să se dea în alimentaţie suplimente cu sucuri de legume şi fructe. Pentru sugaci peste 4 luni se recomandă ca alimentaţie foarte hrănitoare 100 gr. =250 calorii pireul astfel preparat; Se iau 150 gr. castane prăjite, uscate, trecute printr'o maşină de carne, fierte cu 250 gr. apă timp de 15 minute, pe urmă trecute printr'o sită. Acest pireu se dă după indicaţie, cu sau fără lapte. Se întrebuinţează cu foarte bune rezultate în tetanie, tulburări gastro-intestinale nu prea grave, recovalescenţă, distrofie şi anorexia de lapte. **Dr. A. R.**

„Doryl" în chirurgia abdominală, de Dr. Med. K. Blum. *(Zentralblat für Chirurgie, Nr. 50, 12 Decemvrie 1936).* După intervenţiile pe abdomen preocuparea principală a chirurgului este obţinerea unei funcţiuni intestinale bune, căci instalarea unui ileus paralitic este o complicaţie dintre cele mai grave, iar suprimarea acestui ileus, foarte adeseori este o problemă grea. Acestui scop vrea să servească „Dorylul" introdus de către firma Merck.

Distingem două grupe între preparatele cu acţiune stimulantă asupra intestinului: 1. Alcaloidele şi corpurile cholinice, 2. Substanţele din lobul posterior al hipofizei. Grupei întâi aparţine pilocarpina, physostigmina, prostigmina şi similarele. Grupei a doua aparţine tonephina, hypophysina, physormonul, hypophenul şi altele. „Dorylul" face parte din grupa a doua şi acţionează prin stimularea parasimpaticului. Autorul a folosit acest preparat mai mult de un an. Se injectează subcutanat şi de obiceiu este suficient injectarea unei fiole de 0.00025 g., obţinând rezultat prompt, în majoritatea cazurilor după 20 de minute. La intervenţiile abdominale, fără ca operaţia să intereseze intestinul, se administrează câteva ore după actul operator. La intervenţiile pe tubul digestiv, mai ales la cele supurate, — este bine să aşteptăm 2 zile cu administrarea lui pentru a nu împiedeca cicatrizarea. In aceste cazuri nu ajunge o singură injecţie pentru punerea în funcţiune a intestinului, ci se pot da şi 3 fiole în interval de câte 1 oră şi se poate administra ca adjuvant, clisme cu glicerieă.

In cazurile singuratice unde nu s'a obţinut efectul dorit, s'a pus în practică administrarea hypophenului ce se dă diluat într'o soluţie de Cl Na, într'o cantitate de 10—20 cc şi se injectează intravenos timp de 5 minute. Trebue avut în vedere că hipophenul are acţiune şi asupra musculaturei netede a vaselor, putând da uşoare colapsuri. Importanţa „Dorylului" reesă că deşi nu e atât de puternic în acţiunea lui, totuşi administrându-l preventiv reduce în mod esenţial cazurile de ileus paralitic grav. Se poate da „Dorylul" şi în cazuri de ileus paralitic produs fără intervenţie chirurgicală. O altă indicaţie a Dorylului este atonia vezicei biliare, — administrat în acest caz se poate obţine o micţiune repede şi spontană.

Dr. I. M.

Note de terapeutică.

Spitalul de boli mintale şi nervoase din Cernăuţi. (Medic-Primar Director: Dr. Cristea Deculescu). **Inheptonul în convalescenţă după piretoterapia artificială** de *Dr. Milo Tyndel.*

Malarioterapia iniţiată de Wagner-Jauregg în paralizia generală progresivă şi în celelalte forme ale sifilisului nervos, pe lângă marea ei valoare, mai prezintă şi o serie de desavantaje prin faptul că, malaria fiind o boală gravă care păgubeşte aproape toate organele interne, provoacă în majoritatea cazurilor o slăbiciune generală, o anemie secundară considerabilă şi degenerări ale organelor parenchimatoase, îndeosebi o alteraţie gravă a cordului.

Tratamentul antisifilitic cu Neosalvarsan, care urmează după piretoterapie, în cele mai multe cazuri nu este în stare să amelioreze în scurt timp slăbiciunea şi celelalte consecinţe defectuoase ale malariei; după experienţa noastră, numai un număr mic de bolnavi se întăresc în decursul tratamentului cu Neosalvarsan, mai mulţi bolnavi rămân cu aceeaş greutate, iar un număr destul de mare de bolnavi pierd şi mai mult din greutate.

Ori, în căutarea unui medicament care să influenţeze atât asupra slăbiciunii generale, cât şi asupra anemiei şi a cordului, am dat de Inhepton, un tonic nou injectabil. După analiza fabricei Merck, în compoziţia Inheptonului intră: Hepracton 0,83 cm.^{3} (soluţie injectabilă de ficat), Monometilarseniat de sodiu 0,05 gr. Nitrat de stricnină 0,0005 gr. şi glicerofosfat de sodiu 0,045 gr. Pe când cele trei componente din urmă intră în compoziţia celor mai multe tonice uzitate şi au o acţiune roborantă, tonică şi stimulentă asupra organismului, în special asupra sistemului nervos, în Inhepton găsim ca element nou Hepractonul cu acţiunea lui antianemică.

Noi am încercat acest medicament asupra unui număr de 13 bolnavi, dintre cari 11 cu paralizie generală progresivă, cari terminaseră tratameatul cu malaria (în mediu 8—10 accese de febră), iar doi cu Tabes dorsal, cari făcuseră tratamentul cu vaccin antitific (câte 10 accese de febră). Toţi bolnavii se aflau în toiul tratamentului cu Neosalvarsan şi cu Bismut, cei mai mulţi către sfârşitul tratamentului. Dintre toţi bolnavii cari în urma piretoterapiei scăzuseră din greutate cu 2—6 kg, numai trei reveniră pe timpul tratamentului cu Neosalvarsan cu o parte a greutăţii lor dinaintea tratamentului, pe când tot restul rămase cu greutatea scăzută în urma piretoterapiei. In acest stadiu am început tratamentul cu Inhepton, făcând întâiu câte cinci injecţii intramusculare de 1 cm.^{3} în fiecare zi, iar pe urmă încă un număr de 5 injecţii în fiecare a doua zi.

Rezultatele acestui tratament au fost destul de remarcabile pentru a fi publicate. La toţi bolnavii am putut constata în scurt timp o ameliorare a stării generale, ceeace se exprima şi în urcarea greutăţii corporale, cât şi în mărirea poftei de mâncare. Numărul globulelor roşii şi hemoglobina, examinate în majoritatea cazurilor înainte şi după tratament, se urcau în mod satisfăcător, ceeace nu se observă în cazurile tratate numai cu tratamentul antisifilitic. Asemenea şi culoarea tegumentelor şi a mucoaselor se normaliza destul de repede.

In cele ce urmează, dăm pe scurt foile de observaţie a patru dintre bolnavii noştri:

G. Grigore, 33 ani, agricultor. Bolnav de două săptămâni. Diagnosticul: Paralizie gen. progr, forma maniacală. Toate analizele pentru diagnosticul sifilisului în serul sanghin şi în lichidul cefalo-rachidian intens pozitive Greutatea la primire: 57 kg. Se inoculează sânge cu malaria; bolnavul face 10 accese cu temperaturi până la 40,8^0. La sfârşitul tratamentului cu malaria, greutatea a scăzut la 54 kg. numărul globulelor roşii 3,250 000 pe cm.^{3}, hemoglobina 45$^0/_0$. Se începe tratamentul cu Neosalvarsan şi cu Iodobismutat de chinină; după mai mult de jumătate din numărul total al injecţiilor, greutatea bolnavului s'a urcat abia cu $^1/_2$ kg., iar numărul hematiilor a rămas neschimbat. Acuma, odată cu tratamentul antisifilitic, facem injecţiile cu Inhepton, în urma cărora greutatea se măreşte în timp de 14 zile cu trei kg., aşa încât întrece cu $^1/_2$ kg. greutatea la primire, iar numărul hematiilor se măreşte la 3,640.000 şi hemoglobina la 55$^0/_0$. Starea generală şi cea mintală ameliorată.

C. Dumitru, 41 ani, agricultor. Diagnosticul: Paralizie gen. progr., forma maniacală. Toate analizele pentru diagnosticul sifilisului în serul sanghin şi în lichidul cefalo-rachidian intens pozitive. Greutatea la primire: 66 kg. După 6 accese de malaria 62 kg., care greutate nu se schimbă după tratamentul cu Neosalvarsan. După a 8-a injecţie cu Inhepton 64 kg.

P. Ioan, 63 ani, pensionar. Diagnosticul: Tabes dorsal şi paralizie gen. progr., forma dementă. Greutatea corporală la primire 73 kg. In decurs de trei luni şi după un tratament cu malaria (10 accese), greutatea scade la 67 kg. Numărul globulelor roşii 3,100.000, hemoglobina 50%. După tratamentul cu Neosalvarsan greutatea nu se schimbă, iar după 10 injecţii cu Inhepton, greutatea se urcă la 69,50 kg, iar hemoglobina la 65%.

D. Vasile, 38 ani, funcţionar. Diagnotsicul: Tabes dorsal Greutatea la începutul tratamentului 49 kg după 10 accese de febră provocate prin injecţii intravenoase cu vaccin antitific, scade la 47 kg. In decursul tratamentului cu Neosalvarsan greutatea se măreşte cu 48 kg., iar după 10 injecţii cu Inhepton, se urcă la 50,50 kg.

După observaţiile noastre toate injecţiile cu Inhepton au fost foarte bine tolerate, de bolnavi; ele sunt aproape indolore, nu fac nici o reacţie locală sau generală.

In rezumat, experienţele noastre făcute asupra tonicului injectabil Inhepton au dat rezultate remarcabile în covalescenţa după piretoterapia artificială a paraliziei generale progresive şi a tabesului, bolnavii câştigând în privinţa greutăţii corporale şi în cea a globulelor roşii cât şi a hemoglobinei.

CHINOIN S.A.

Contra guturaiului

ANARA

conţine α-phenil β-aminopropan ca substanţă activă al cărei vapori vin în contact intim cu mucoasa nazală inflamată şi tumefiată.

Efectul „ANAREI", care se bazează pe o vaso-constricţie, durează câteva ore.

REPREZENTANŢA GENERALĂ: FREDERIC SPODHEIM & Cº S.A. BUCUREŞTI-I-STR-SFT-CONSTANTIN-4

† Medicul General Dr. N. Vicol

de **Dr. G. Preda,** medic primar director superior.

In cursul lunei Noemvrie a. c., încetează din viaţă acel ce a fost o mare personalitate medicală, un excelent coleg, un om ce şi-a consacrat întreaga viaţă să facă binele şi să utilizeze cunoştinţele sale ştiinţifice (în special cele medicale şi sociale) pentru folosul semenilor, un mare dinamizator sufletesc, medicul general Dr. N. Vicol.

Pe cât de modest pe atât de activ, medicul general Dr. Vicol a depus în serviciul medical al armatei (în timp de pace şi războiu), la asociaţia generală a medicilor, le serviciul balneologic din ministerul sănătăţii, la societatea de geografie şi la aceea de istorie a medicinei (ca să nu numesc decât numai institutiile cele mai importante, unde a activat), o muncă pricepută, devotată, conştiincioasă vrednică de laudă şi bună ca exemplu penteu colaboratorii săi şi pentru acei ce l-au urmat.

Am avut prilejul ca în a doua şi a treia perioadă a campaniei să activez în apropierea sa şi deci să pot valorifica calităţile sale de mare organizator, creator şi realizator.

Am găsit în medicul general Dr. Vicol nu un şef, dar un prieten, un frate, care fără vorbe dar prin fapte stimula, încălzea pe toţi pentru acţiuni ce poate în împrejurările de atunci se găseau ca imposibile de realizat.

Veşnic la lucru, veghetor în totul şi pretutindeni, nu lăsa nimic la întâmplare şi nu lua măsuri decât numai după cercetări amănuntite şi la faţa locului. Acei ce-l însoţeam în inspecţia organizaţiunilor sanitare de pe front, ştiam de mai înainte că ordinele ce vor urma, vor fi date în cunoştinţă de cauză, vor fi aplicabile şi vor avea rezultatele dorite.

Deşi avea în subordine medici mai vechi în grad, el care ocupa funcţia de medic şef la Marele Carele Cartier General al Armatei, a ştiut prin tact, răbdare, blândeţe şi prudenţă să-şi câştige stima şi consideraţia lor.

Sinceritatea şi spontaneitatea cu care sprijinea cauzele drepte, cu care apăra pe cei nedreptăţiţi sau cu care se apăra când acuzări injuste îi erau adresate de răutăcioşi sau invidioşi, i-au adus încrederea superiorilor săi şi admiraţia inferiorilor, care-l priveau în aceste din urmă ocazii — ca pe un martir al faptelor sale merituoase.

Ca preşedinte al Asociaţiei generale a medicilor, el se consideră ruda apropiată a fiecărui coleg, punea grabă nu numai să armonizeze şi să cimenteze legăturile colegiale, dar să creeze organizaţiuni şi instituţiuni care să ridice şi mai mult prestigiul medicilor.

Experienţa vieţii îi permitea să descopere uşor răul din individ sau din colectivitate şi cu arta omului încercat, indică în mod generos remediul tot atât de folositor individului cât şi colectivităţii.

Câte consolări blânde şi îngrijiri bune nu a acordat el celor suferinzi necăjiţi, nedreptăţiţi?

Câte sfaturi înţelepte nu a difuzat în oraşele noastre şi în Sibiul nostru?

Cea mai mare mulţumire a sa sufletească era să vadă roadele perspicacităţii şi activităţii sale binevoitoare.

Munca sa din toate domeniile a fost un adevărat apostolat şi nu într'un scurt articol ca cel de faţă se pot detalia valoroasele sale lucrări, conferinţe, organizaţiuni, etc.

Noi acei însă, ce am fost în apropierea sa şi ne-em putut bucura de razele ce le emancipau calităţile sale, noi acei ce i-am putut vedea concepţiile şi realizările în vremuri când nu numai serviciul sanitar, dar ţara întreagă se găsea la grea răspântie, noi ştim cum entuziastul medic, bunul patriot, înţeleptul general Dicol şi-a împlinit datoria, lucrând constant şi în conformitate cu conştiinţa sa.

Opera lui cred că va conserva în minte nu numai via gratitudine a acelor ajutaţi, dar viul regret a tuturor acelora ce au cunoscut o şi au preţuit-o.

De altfel numărul destul de mare a acelora ce au asistat în luna Septemvrie la desvelirea bustului său dela Băile Herculane (atunci când se găsea în vieaţă), ca şi a acelora ce au ţinut să-l ducă la locaşul de veci, în felul dorit de el (fără discursuri şi flori), constitueşte dovada aprecierii meritelor sale înscrise pentru totdeauna în cartea de aur a medicinei româneşti.

† Dr. Viorel Popescu

de **Dr. I. Stoichiţia.**

In ziua de 26 Noemvrie 1936 a încetat din viaţă Doctorul Viorel Popescu, fostul Inspector General Sanitar al Olteniei.

Prin moartea lui neaşteptată dispare una dintre cele mai frumoase figuri ale corpului medical şi un demn reprezentant al generaţiei de medici care prin muncă devotată, prin altruism fără pereche şi printr'o neîncetată jertfire de sine, a ridicat această profesiune pe culmile sublime ale unui adevărat apostolat.

Doctorul Viorel Popescu moare brusc, la postul de datorie, în decursul unei inspecţii, în vârstă de abia 59 ani, după o viaţă de muncă rodnică şi neobosită închinată promovării sănătăţii publice.

Descendent al unei distinse familii de cărturari, fiu al venerabilului fost director dela liceul din Brăila, el îşi face studiile primare şi secundare în oraşul său natal, iar studiile universitare la Facultatea de medicină din Bucureşti, unde se distinge ca un element sârguincios şi de o mare valoare intelectuală. Terminând facultatea, lucrează un timp în spitalele din Bucureşti şi în laboratorul marelui Profesor Dr. Cantacuzino, care l-a iubit şi l-a apreciat ca pe unul dintre cei mai valoroşi elevi ai săi. Plecat în viaţă, ocupă la început un modest post de medic de plasă în judeţul Covurlui, unde a muncit cu devotament şi elan tineresc pentru binele populaţiunii rurale pe care o iubea cu pasiune şi pe care a servit-o cu credinţă şi a ajutat-o din toate puterile sale. Îl găsim mai târziu desfăşurând aceiaşi activitate prodigioasă şi plină de avânt, ca medic comunal în Câmpina şi apoi ca medic primar al judeţului Brăila, unde s'a distins ca un admirabil organizator şi excelent îndrumător pe teren sanitar. Fără să fi dorit şi fără să fi solicitat măriri, capacitatea şi meritele sale l-au impus la posturi înalte şi astfel, după scurtă vreme îl găsim în postul de Inspector General Sanitar al Regiunei Galaţi, apoi la Chişinău şi în urmă în fruntea Inspectoratului General Sanitar din capitala Olteniei.

In întreaga sa carieră, dar cu deosebire în cei 15 ani cât a funcţionat în posturi de grea răspundere ca Inspector General Sanitar,

conducător de regiune, Doctorul Viorel Popescu s'a comportat ca un medic desăvârşit şi ca un admirabil coleg, dar s'a distins mai ales prin caracterul său integru şi prin exemplara sa onestitate şi modestie.

Doctorul Viorel Popescu a fost un om al datoriei, un suflet drept şi cinstit şi un slujbaş credincios al Statului. El şi-a servit cu credinţă Neamul şi Patria, a muncit cu devotament pentru umanitate şi moare pe câmpul de luptă ca un adevărat soldat, îndeplinindu-şi datoria până în ultima clipă a vieţii sale. La groapa lui, cucernicul preot poate rosti cu inima împăcată versurile poetului Goga:

„Pe cine 'ngropi părinte?"
„Pe-un om de omenie!"

Tipografia — Librăria — Compactoria
„Dacia Traiană", Sibiu
Piaţa Unirii Nr. 7. (Inapoi în curte)

Furnizăm:

Orice lucrări de TIPOGRAFIE cu preţuri foarte convenabile.

ARTICOLE DE BIROU: Hârtie, imprimate, caiete, cerneluri, etc., cu preţuri reduse.

CĂRŢI LITERARE, ŞTIINŢIFICE PENTRU COPII, etc. etc., cu preţuri originale.

COMPACTĂM cu preţuri convenabile: Cărţi, Registre, Reviste, Albumuri, etc. etc.

Note şi informaţiuni.

Infiinţarea Societăţii de „Salvare" în Sibiu

In urma apelului lansat de comitetul de iniţiativă pentru înfiinţarea unei societăţi de prim ajutor în Sibiu s'a primit adeziunea unui număr mare de persoane şi instituţii atât din judeţul cât şi oraşul Sibiu. In şedinţa din 7 Octomvrie 1936 a comitetului de iniţiativă în prezenţa tuturor membrilor fondatori înscrişi s'a declarat societatea „SALVAREA" înfiinţată alegându-se ca preşedinţi de onoare I. P. S. S. Mitropolitul Nicolae, I. P. S. S. Episcopul Glondys, Dl Prefect al judeţului Dr. Nicolae Regman, Dr. Eugen Piso, Primarul oraşului şi Dl Dr. Iosif Stoichiţia, Inspector General sanitar iar ca preşedinte activ Dl Docent Dr. O. Filipescu, vice-preşedinţi Dr. Ioan Sturza, Dr. V. Weindel şi secretar general Dr. Ioan Cosma. Cu această ocazie comitetul a fost încredinţat cu elaborarea statutelor societăţii cari în şedinţa din 9 Noemvrie au şi fost votate.

De prezent conducătorii societăţii sunt în căutarea mijloacelor băneşti pentru procurarea a două camionete sanitare necesare pentru transportul bolnavilor infecţioşi şi celor accidentaţi sau bolnavi gravi. Până acum s'a primit ca subvenţii din partea Ministerului Sănătăţii 50.000 Lei, iar fondurile sanitare locale, cel judeţean şi al Municipiului au votat câte 50.000 Lei pentru societatea „Salvarea". Dintre instituţiile şi intreprinderile particulare fabrica „Românofir" din Tălmaciu a fost cea dintâiu care înţelegând importanţa acestei societăţi a făcut o donaţie de 20.000 Lei.

Judecând după interesul şi bunăvoinţa ce arată autorităţile şi particularii acestei societăţi se speră că cu începerea anului viilor societatea îşi va putea începe activitatea spre binele întregei populaţii a judeţului.

Decoraţii. *Prin Inaltul decret Regal Nr. 573 din 1936 se acordă „Crucea Meritul sanitar cl. I.", următorilor medici pentru activitatea lor de ordin medico-didactic: Dr. Ioan Cosma, prim medic al judeţului Sibiu, Maior Dr. Ilie Gheorghiu, medic secundar Dr. Iosif Matinca, Locotenent Dr. Atanasie Dumitrescu, medic secundar Dr. Constantin Banu, şi Dşoarei inspectoare de ocrotire Maria Manta. Prin Inalta distincţie acordată se apreciază şi se consfinţeşte munca altruistă şi devotată a acestor medici.*

Locuri de medici vacante la Ministerul Sănătăţii. *In conformitate cu art 201 din legea sanitară publicată în Monitorul oficial No. 140 din 22 lunie 1936, se aduce la cunoştinţa generală că sunt vacante următoarele posturi de medici pendinte de Ministerul Muncii Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale:*

Medic primar județul Hunedoara; Medic circ. urbană Municipiul Brăila; Medic primar secția boli interne spit. Orhei; Medic primar secția boli interne spit. Aiud; Medic primar spitalul epidemic Oradia Mare; Medic primar Sanatoriul T. B. C. Nifon, jud. Buzău.

Cinci posturi de medici venerieni (la dispensarii antiveneriene) la serviciul sanitar al Capitalei.

Medic spital mixt: Balta, jud. Mehedinți; Tg. Secuesc; Turtucaia; Mălini, jud. Baia; Poroschia, jud. Teleorman; și circ. Șapte Sate jud. Lăpușna.

Medic de circ.: Câineni jud. Argeș; Uda de sus, jud. Argeș; Fărău, jud. Alba; Vascău, jud. Bihor; Țânțari, jud. Brașov; Zăbriceni, jud. Bălți; Movila Miresei-Brăila; Brăilița, jud. Brăila; Ferdinand, jud. Bacău; Sasca Montană, jud. Caraș; Siliștea, jud. Constanța; Huedin, jud. Cluj; Hargău, jud. Cluj; Bălcești, jud. Cluj; Jugăreni, jud. Dâmbovița; Ibănești, jud. Dorohoi; Bibești, jud. Gorj; Dinăuți, jud. Hotin; Beretca Română, jud. Hunedoara; Lupeni, jud. Hunedoara; Coșereni, jud. Ialomița; Principesa Maria, jud. Ialomița; Săbăreni, jud. Ilfov; Spanțov, jud. Ilfov; Scoreni, jud. Lăpușna; Broscari, jud. Mehedinți; Ilovăț, jud. Mehedinț; Sărnaș, jud. Mureș; Bicazul Ardelean, jud. Neamț; Călugăreni, jud. Neamț; Crăsnășeni, jud. Orhei; Ioan Calinderu, jud. Olt; Tăriceni, jud. Prahova; Jirlău, jud. R.-Sărat; Bosanci, jud. Suceava; Surduc, jud. Sălaj; Bața, jud. Severin; Moara Nouă, jud. Soroca; Negrești, jud. Satu Mare; Murgeni, jud Tutova; Delacheu, jud. Tighina; Jibert, jud. Târnava Mare; Luncavița, jud. Tulcea; Mahmudia, jud. Tulcea; Baraolt, jud. Trei Scaune; Roșiori de Vede, jud. Teleorman; Siliștea, jud. Vlașca; Solești jud. Vaslui.

Domnii medici cari întrunesc condițiunile legale de a ocupa aceste posturi, vor face cereri Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale, calea Griviței No. 64 București, în termen de 30 zile dela data inserării prezentei publicațiuni în Monitorul Oficial.

In conformitate cu art. 201 din legea sanitară și de ocrotire, se aduce la cunoștința generală că este vacant postul de inspector general sanitar al regiunii Craiova.

Dnii medici care întrunesc condițiunile art. 48 alin. I, din legea sanitară și de ocrotire și doresc a ocupa acest post, vor face cereri ministerului, calea Griviței Nr. 64. București, în termen de 30 zile dela data inserării prezentei publicații în Monitorul Oficial Nr. 100.845 1935, Noemvrie 30.

Cel de al 2-lea Congres Național de Boale Contagioase care trebuia să aibă loc la Chișinău în zilele de 25, 26, 27 Octomvrie a. c. se amână pentru aceiași dată pentru anul viitor.

La concursul pentru medici secundari — specialitatea Chirurgie şi medicină internă *— ţinut la Facultatea de Medicină din Cluj în intervalul dela 28 Nov. la 4 Dec. 1936 au reuşit următorii medici:*

Pentru specialitatea Chirurgie:

Dr. V. Arsenie cu media 19·50, Dr. I. Bulbuca 19·50, Dr. I. Câmpeanu 19·50, Dr. D. Ionescu 19·25, Dr. I. Matinca 18·25, Dr. Gh. Iliescu 18·25, Dr. C-tin Bratilovean 18, Dr. P. Rozsa 17.25, Dr. I. Dan 17, Dr. C. Linba 16·50, Dr. Z. Nistor 16·25, Dr. P. Révész 15·75, şi Dr.L. Marcovits 15.

Pentru specialitatea, medicină internă:

Dr. Şt. Vlăduţiu cu media 18, Dr. Şt. Miokovits 17.66, Dr. I. Pruneş. 17.66, Dr. M. Tabic 17·50, Dr. I. Petrescu 16·50 şi Dr. A. Iscenco Ionescu 15.

Al doilea Congres naţional de radiologie şi electrologie medicală Cluj. *Al doilea Congres naţional de radiologie şi electrologie medicală va avea loc la Cluj, în zilele de 21, 22 şi 23 Mai 1937.*

Programul ştiinţific al congresului este următorul:

I. Diagnosticul radiologic al afecţiunilor scrisurale şi periscisurale. Raportor. Docent Dr. L. Daniello.

II. Diagnosticul radiologic al afecţiunilor arterei pulmonare. Raportori: Conf. Dr. E. Lazeanu, Dr. M. Hângănuţ *şi* Dr. A. Moga.

III. Röntgenterapia în boala lui Basedow. Raportor: Prof. Dr. D. Negru. *Coraportor pentru partea clinică:* Doc. Dr. I. Gavrilă.

IV. Curieterapia neoplasmelor cavităţii bucale. Raportor: Agreg. Dr. G. Severeanu. *Coraportor:* Doc. Dr. I. Jovin.

V. Rezultatele tratamentului cu unde scurte. Raportor: Doc. Dr. I. Bistriceanu. *Coraportor:* Dr. T. Spârchez.

Taxa de înscriere la congres: 300 Lei pentru membrii activi şi 100 Lei pentru membri asociaţi (soţie, copii majori), va fi înaintată prin mandat poştal până la 1 Aprilie 1937 casierului: Dl Dr. C. Berariu *Cluj, str. Mico No. 1.*

O călătorie de studii pe Coasta de Azur. *A 14-a călătorie internaţională pe Coasta de Azur organizată de Societatea medicală a litoralului mediteranean, se face anul acesta între 26 Decemvrie şi 2 Ianuarie. Punctul de plecare al călătoriei e la Nissa, la 26 Decemvrie. Se începe cu vizitarea oraşului şi a instituţiilor lui sanitare. In zilele următoare se purcurge coasta. Recepţiile de lux în marile hoteluri vor alterna cu demonstraţii ştiinţifice şi cu conferinţe date de specialişti cunoscuţi în cadrul fermecător al celor mai frumoase peisaje din lume. Observatorul din Nissa, monumentul lui August la Turbie, castelul medieval dela Rouqebrune pe celebra cale romană, care duce dela Nissa la Menton, castelul Grimaldi unde se află laboratorul lui Voronoff, Cap-Martin, muzeul oceanografic şi*

grădinile tropicale dela Monaco, Monte-Carlo, unde va fi un banchet grandios oferit de prinţul de Monaco, Beaulieu, Ville-franche, Mont-Boron, Cagnes, Vence cu sanatoriile lui, Grasse cu celebrele fabrice de parfumuri, Juan-les-Pins, Antibes, Cannes, cu institutul de heliotherapie, Valauris, localităţi de mare faimă ca interes turistic vor fi pe rând vizitate.

Informaţiile pentru condiţiile călătoriei — costul ei este de 1000 franci francezi cu facilităţi de transport pe căile ferate franceze (50% reducere) şi italiene — se pot obţine la sediul societăţii medicale a litoralului mediteranean, 24 rue Verdi, Nice unde cei ce voesc să participe la călătorie trebue să se înscrie din vreme pentru a li se reţine locuri în hotele şi în autocarele de excursii.

Informaţii se pot lua şi dela sanatoriul Filaret (telefon 3.59.47) Bucureşti.

Al doilea Congres Internaţional de gastro-enterologie. *Societatea Internaţională de Gastro-enterologie a organizat al doilea Congres al său.*

Acesta îşi va ţine şedinţa la Paris, în timpul expoziţiei universale în zilele de 13, 14 şi 15 Septemvrie 1937, sub preşedenţia dlui prof. Pierre Duval dela Paris.

Două chestiuni vor fi puse la ordinea de zi a şedinţelor.

1. Diagnosticul precoce al cancerului gastric.

2. Ocluziunea acută şi cronică a intestinului subţire.

Prima va fi tratată simultan de raportori germani.

Raportul pe ansamblu al autorilor francezi va fi prezentat de din prof. Pierre Duval şi Gosset în colaborare cu prof. Carnot (diagnostic clinic şi serologic), dr. Gutmann (radiologie), dr. Moutier (gastroscopie), dr. Garin (gastroscopie fotografică), prof. Labbe (diagnostic chimic), dr. Yvan Bertrard (histologie patologică), dr. Gatellier şi Charrier (diagnostic operator.

Prof. Konjetzny va prezenta raportul de ansamblu al autorilor germani în colaborare cu: prof. von Bergmann (medicină), prof. Sauerbruch (chirurgie), prof. Bürger (diagnostic chimic), prof. Berg (radiologie), prof. Henning (gastroscopie şi gastrofotografie, prof. Staemmler (anatomia patologică).

A doua chestiune pusă în discuţie va fi tratată de raportorii următori: D-nii Mogena (Spania) pentru partea medicală, Bottin (Belgia) pentru fiziopathologie, Krynski (Polonia) pentru radiologie, Wilkie (Anglia) pentru chirurgie, Bindo de Vechio (Italia) pentru anatomia patologică), N. (Statele Unite) pentru biochimie.

După terminarea Congresului dela Paris, se va deschide Congresul Internaţional de insuficienţa hepatică, care va avea loc la Vichy în zilele de 16, 17, şi 18 Septemvrie 1937 sub preşedenţia dlui prof. Loeper. *Acesta se va compune din două secţiuni: una de medicină, alta de terapeutică,*

pentru care au fost aleşi raportori eminenţi de diverse naţionalităţi (Germania, Anglia, Spania, Franţa, România).

Intre alte capitole vor fi tratate: edemele hepaticilor, ficatul paludicilor ficatul mare al copiilor, ficatul din punct de vedere al intervenţiei chirurgicale, apoi medicaţiunile celulare şi circutatorii.

Domnii doctori cari doresc să ia parte la acest Congres, sunt rugaţi ca să se înscrie ca membri, trimiţând 350 (Treisutecincizeci) fr. belgieni la cursul zilei ca taxă de membru, pe adresa dlui prof. dr. Iuliu Haţieganu, *Preşedintele Comitetului Naţional Român de Gastro-enterologie.*

Către cetitorii revistei „Sibiul Medical".

Odată cu acest număr „Sibiul Medical" ***îşi încheie al III-lea an de activitate laborioasă desfăşurată pe teren ştiinţific şi în domeniul revendicărilor profesionale.***

Comitetul de medici cari se ocupă cu editarea şi redactarea Revistei, are de luptat cu numeroase dificultăţi mai ales de ordin financiar, Sibiul Medical, tribună liberă a medicilor este avizat la mijloacele proprii pe cari le realizează din taxele de abonament şi din publicitate. Aceste taxe sunt cât se poate de minimale şi sumele ce se realizează din ele, de cele mai multe ori nu pot satisface nici cheltuelile de editare. Sperăm că iubiţii noştrii colegi apreciind munca pe care o depunem şi lupta pe care am dus-o în interesul corpului medical — nu vor întârzia să-şi facă datoria faţă de noi achitându-şi la timp taxele de abonament şi răspândind revista în cercuri cât mai largi.

Cu această speranţă „Sibiul Medical" ***doreşte tuturor colegilor „An nou fericit".***

Tabla de materii pe anul 1936

Articole ştiinţifice:

Medic Lt. Colonel Dr. M. Capitanovici: Consideraţiuni asupra a două cazuri de sifilis plurivisceral — — — — — — — — — — — — Nr. 1—3 Pag. 15

Dr. Gahane Mareş: Asupra unui caz de alcoolism cronic cu meningită subacută — „ 1—3 „ 18

Prof. Dr. Danielopolu şi Tanasoca: Natura endocarditei septice şi relaţiiie sale cu reumatismul cardio-articular specific (reumatismul Poly-articular acut) — — — — — — — — — — — — — — „ 7—9 „ 107

Prof Dr. I. Enescu: Disociaţiile atrio-ventriculare — — — — — — — „ 10—12 „ 178

Doc. Dr. O. Filipescu: Contribuţii la studiul suturilor nervoase — — „ 4—6 „ 67

Prof. Dr. S. Gracosky: Meningitele limfocitare benigne — — — — — „ 10—12 „ 167

Dr. Iosif Ghizdavu: Rolul alcoolismului acut în angiocolite — — — „ 1—3 „ 26

Dr. L. Ionaşiuşi S. Cupcea: Expertiza psihologică experimentală — „ 10—12 „ 168

Dr. A. Moga şi Dr. I. Graur: Consideraţiuni asupra diagnosticului anevrismelor trunchiului brachio-cefalic ale arterelor carotide şi subclviculare — „ 4—6 „ 70

Dr. Aurel Mavru: Contribuţie la studiul ocluziei intestinale acute prin cancer cecoapendicular — — — — — — — — — — — — — „ 4—6 „ 75

Dr. Cornel Manta: Hemoragia meningeală a adolescentului — — — „ 7—9 „ 117

Dr. Gh. Preda: Consideraţiuni medico-sociale ce privesc respectarea drepturilor individului bolnav psihiceşte şi siguranţa socială — „ 1—3 „ 3

Dr. Gh. Preda şi Dr. T. Stoenescu: Raporturile dintre histerie (nevroza spontană) şi hipnoză (nevroza provocată) — — — — — „ 7—9 „ 112

Dr. Eugen Salcă: Hemoragiile inter-utero-placentare — — — — — — „ 1—3 „ 21

Dr. Valeriu R. Suciu: Auxiologia autropologică a tinerilor premilitari „ 4—6 „ 80

Dr. Valeriu Stinghe: Antigenoterapia tuberculozei — — — — — — „ 7—9 „ 121

Dr. Valeriu Stinghe: Principii de colapsoterapie în cura ambulatorie a tuberculozei pulmonare — — — — — — — — — — — — — „ 10—12 „ 123

Probleme de organizare sanitară şi profesională:

Dr. Dumitrescu Nistor: Reorganizarea laboratoarelor — — — — — „ 10—12 „ 206

Dr. E. Gernard: Raport detailat despre vaccinările mixte antiscarlatinoase şi antidifterice în comuna Sânsimion — — — — — — „ 10—12 „ 241

Dr. Iosif Matinca: Zilele medicale din Sibiu, 15, 16, 17 şi 18 Octomvrie 1936 — „ 10—12 „ 213

Dr. Pompiliu Nistor: Vaccinările cu anatoxină difterică şi scarlatinoasă în comunele rurale ale judeţului Braşov în 1935 — — „ 1—3 „ 33

Dr. I. Stoichiţia: Desvoltarea instituţiei surorilor de ocrotire — — „ 1—3 „ 29

Dr I. Stoichiţia şi Dr. I. Cosma: Rezultatele detailate ale anchetelor medico-soclale din judeţul Sibiu — — — — — — — — — — „ 1—3 „ 50

Dr. I. Stoichiția; Pe marginea Congresului Asociației Generale a Medicilor — — —

DROGUERIA

Ce spune legea despre actualii droguişti?

„Actualii droguişti autorizaţi vor putea cumpăra, importa şi vinde publicului toate medicamentele brute şi specializate prevăzute în indexul drogueriei.

Se respectă drepturile câştigate pe temeiul legilor anterioare de actualii droguişti autorizaţi".

DROGUERIA IONEL BACIU

SIBIU, STRADA REGINA MARIA 10

DROGUERIA

Note și informațiuni

Pentru chestiuni de redacție și administrație corespondența va fi adresată: „Sibiul Medical", Spitalul Public Sibiu; — pentru inserate, la Drogueria I. Baciu, Sibiu, str. Regina Maria 10.

Nu se publică articole de critică sau polemică, sau cari au mai fost publicate într'o revistă medicală din țară. Articolele nu vor fi mai mari de 6 pagini sau cu urmare. Peste 6 pagini autorul va plăti tiparul.

Extrasele cerute, vor fi plătite de autor.

Referatele vor fi cât mai scurte posibil (20 rânduri).

Orice manuscris va fi scris citeț sau dactilografiat.

Clișeele vor fi plătite de autori.

Manuscrisele nu se înapoiază, nici în cazul de nepublicare.

Anunțurile se trimit prin Administrație cu tariful următor:

1	pagină	odată	Lei	1000·—	3	ori	Lei	2600·—	6	ori	Lei	4500·—
1/2	„	„	„	600·—	3	„	„	1500·—	6	„	„	2600·—
1/4	„	„	„	400·—	3	„	„	1000·—	6	„	„	1600·—

Rugăm anunțați schimbarea adresei!

Tabloul de prețul extraselor pe anul 1936.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar						Coperta obișnuită (hârtie colorată)						Observație
	25	50	100	150	200	300	25	50	100	150	200	300	
	exemplare						exemplare						
	Lei						Lei						
4	80	95	115	135	150	185	60	70	85	100	115	140	
8	140	160	190	215	235	300							
12	190	220	260	300	335	400							
16	240	265	315	350	400	480							
	Extrase pe hârtie velină						Coperta groasă (colorată)						
4	90	105	130	155	175	230	80	100	150	200	250	330	
8	150	175	225	265	300	400							
12	210	245	310	375	430	545							
16	265	350	380	460	530	675							

Costul extraselor se va achita direct tipografiei. :-: Pentru provincie extrasele se vor expedia cu ramburs.

Prescrieţi în Bronşite
subacute şi cronice

Sirop Erigon

Dr. Wander

Combinaţie de Sulfoguajacolat de potasiu, Codeină şi Hypofosfit de Calciu, Sodiu şi Potasiu.

Sedativ al tusei — Antiseptic pulmonar — Expectorant — Recalciflant.

Preparat ideal al tuberculozei pulmonae.

Dosaj: Zilnic 6—8 linguriţe.

Mostre şi literatură serveşte la cerere

Dr. Wander S. A.

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice

Bucureşti VI., Strada Cazărmii 89

Laboratoires **MARONNEAU-MOREL**

156, rue des Fauvelles **Courbevoie — France**

ATOLYSAN

(granulat efervescent)

Diuretic—Antiseptic urinar—Urocolitic

COMPOZIŢIE:

Acest complex cuprinde **diferiţi urocolitici** asociaţi în mod raţional. Acţiunea lor este favorizată prin adăogirea de **theobromina** ceeace măreşte cuantumul diurezei şi în mod indirect puterea de eliminare a urinei. Prezenţa **Hexametilentetraminei** asigură dealtfel antisepsia căilor urinare.

Constitue un medicament foarte activ al manifestărilor urinare.

INDICAŢIUNI: **Gută—Reumatism—Artritism.**

DOZE: Preventiv: 3 linguriţe pe zi într'un pahar cu apă.
Curativ: 3 linguri pe zi într'un pahar cu apă.

Eşantioane şi literatură

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.

Str. Zorilor 2 — BUCUREŞTI.